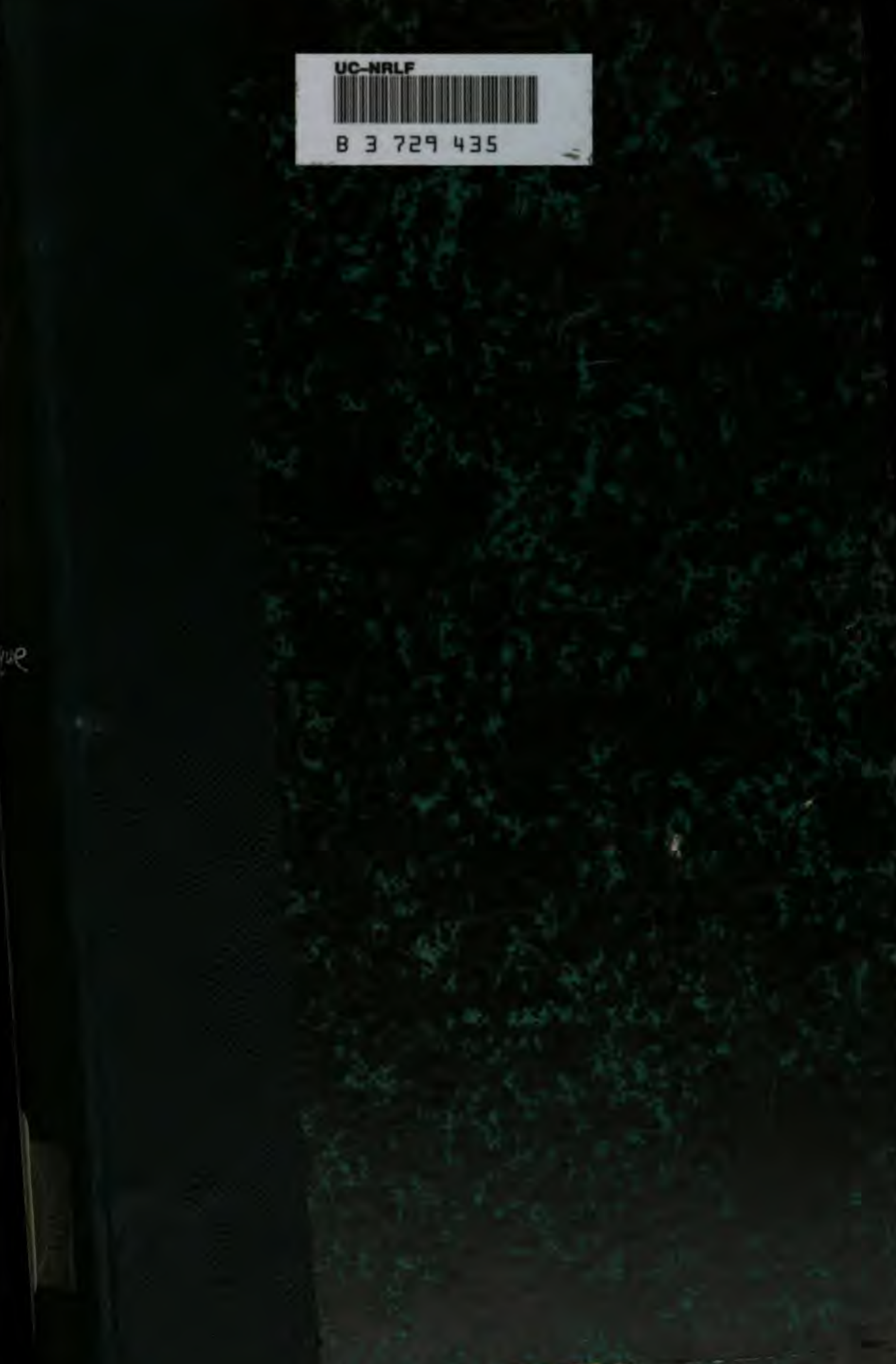
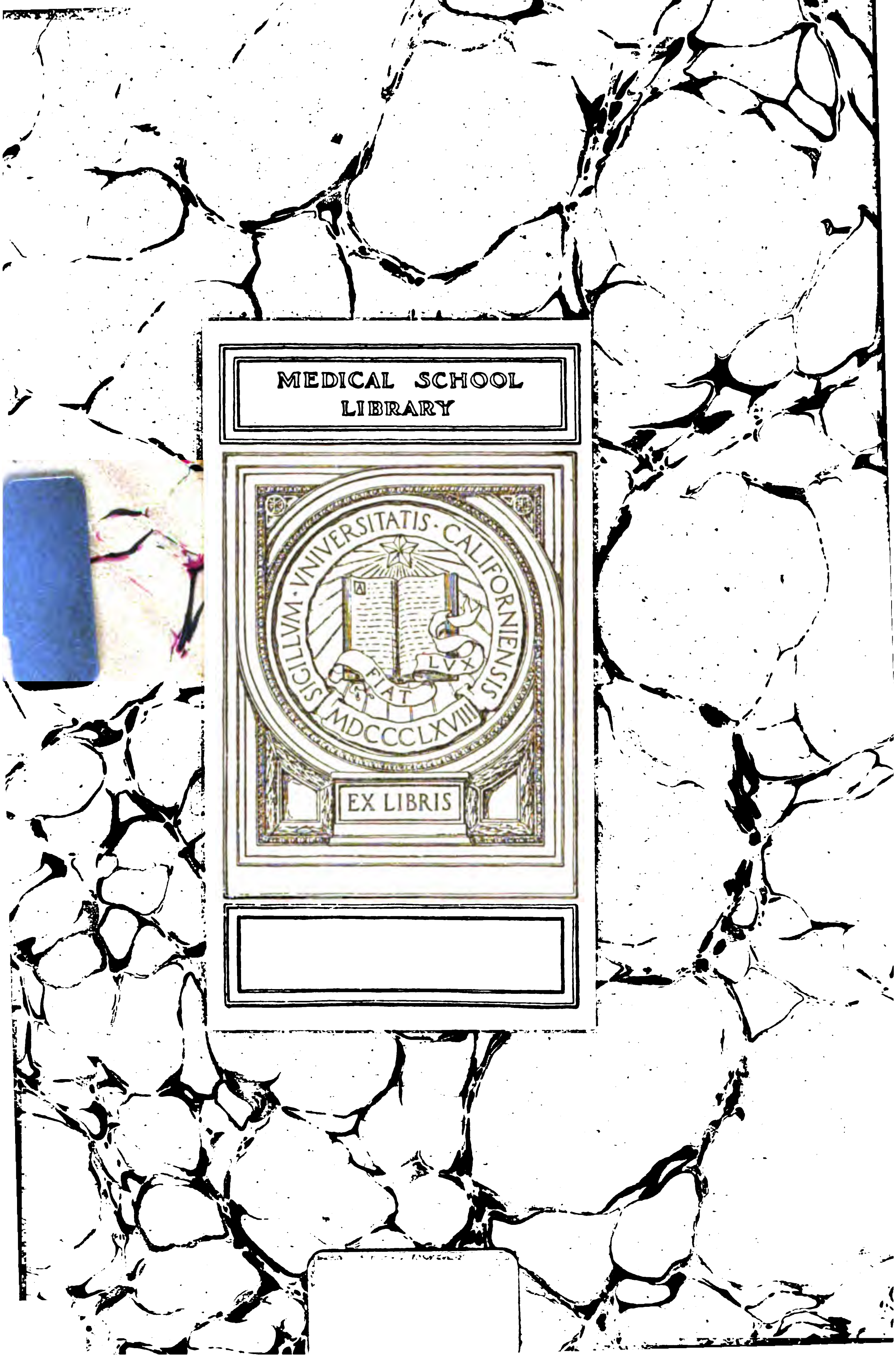

UC-NRLF
B 3 729 435


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

DEUXIÈME SÉRIE. — TOME III

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 33e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

POUR PARIS, **18** FR. — POUR LES DÉPARTEMENTS, **20** FR.
POUR L'UNION POSTALE, **22** FR.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique ;* à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale* ; — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

PINARD, TERRIER, SEGOND

Rédacteurs en chef :

H. HARTMANN ET A. COUVELAIRE

Secrétaire de la Rédaction :

Dr R. LABUSQUIÈRE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME III

Contenant les travaux de

Audebert, Beatti, Bleynie, Bresset, Broca, Cortiguera, Couvelaire, Délétrez, Fieux, Fruhinsholz, Gache, Gaston, Hartmann, Herrenschmidt, Herrgott, Imbert, Kaufmann, Labusquière, Lacassagne, Lapointe, Lejars, Le Masson, Lepage, Levaditi, Monory, Morris, Mouchotte, Paquy, Piery, Pinard, Pitha, Potocki Rendu, Riche, Rigollot-Simonnot, Sauvage, Savariaud, Segond, Thierry, Vaney, Vautrin, Violet, Wallich.

1906

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · UNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

DEUXIÈME SÉRIE. — TOME III

pour atteindre le cordon de la sonnette, la malheureuse fut obligée d'attendre l'arrivée d'un passant qui voulut bien se charger de faire ce que la petitesse de sa taille lui rendait impossible.

C'est chez ces femmes, où le rachitisme a été marqué par un arrêt de



Fig. 2. — Réduction : 11/30.

développement du squelette auquel s'est ajouté un ramollissement considérable des os, que les rétrécissements sont les plus considérables. Dans ces cas, l'opération césarienne est, le plus souvent, la seule manière de terminer l'accouchement.

Le nanisme peut encore être la conséquence d'autres états pathologiques ou d'autres dystrophies.

On sait que les os longs se développent aux dépens du cartilage épi-

physaire et aux dépens du périoste. Or, nous savons aussi que, quand, pour une cause ou pour une autre, le cartilage épiphysaire fonctionne mal, l'accroissement des os en longueur ne se fait alors que très imparfaitement ; mais nous sommes obligés d'avouer que la genèse de ces altérations du système osseux est encore bien hypothétique.

Nous avons publié un de ces cas (1). L'examen histologique, qui en avait été fait par mes collègues Haushalter et L. Spillmann, avait permis de constater que la zone d'ossification cartilagineuse faisait à peu près complètement défaut.

Ce fœtus ressemblait tout à fait à celui que Depaul décrivait dans sa communication à l'Académie de médecine, le 28 janvier 1851, comme « étant atteint d'une maladie spéciale du système osseux, développée pendant la vie intra-utérine, qui est généralement décrite, à tort, selon lui, sous le nom de rachitisme ».

Cette maladie, Parrot lui a donné, en 1886, le nom d'*achondroplasie*, et C. Porak surtout, soit seul, soit en collaboration avec G. Durante, l'a particulièrement étudiée. Le dernier de ses mémoires, et non le moins important, vient de paraître dans les rapports présentés à la Société obstétricale de France, dont j'ai parlé.

Tout en faisant une revue très complète de nos connaissances actuelles sur l'achondroplasie, maladie sur laquelle j'aurai à revenir, MM. Porak et Durante étudient aussi une dystrophie osseuse congénitale appelée par eux *Dysplasie périostale*, qui, peu connue et plus rare que l'achondroplasie, a été longtemps confondue avec elle.

Cette dystrophie est caractérisée par une ossification périostale défectueuse avec intégrité de l'ossification chondrale. Elle représente donc, en quelque sorte, « la contre-partie de l'achondroplasie ». Longtemps aussi confondue avec le rachitisme intra-utérin, cette lésion osseuse n'est en réalité nettement classée que depuis les travaux de H. Muller et de Klein (1901), de Durante (1902), de Silberstein (1903). Le terme d'*osteogenesis imperfecta*, employé par Stilling, a paru trop peu significatif à Porak et Durante pour l'opposer à celui d'achondroplasie. Celui d'*aplasie périostale*, proposé par S. Muller, leur paraissait plus acceptable, mais ils ont préféré celui de *dysplasie périostale*, car les lésions diaphysaires que l'on observe « résultent peut-être plus d'une résorption excessive de l'os néo-formé que de l'absence de formation périostale », lésions

(1) *Société d'obstétrique, de gynæcologie et de pædiatrie de Paris*, 2 février 1900.

qui intéressent tous les os d'origine périostique et respectent les épiphyses. L'absence de tissu résistant rend ces os très fragiles, les fractures en sont très nombreuses, mais elles se réparent très facilement au moyen de cals autour desquels se forme de l'os nouveau.

Il s'ensuit que le squelette est moins développé, que les os des membres sont très raccourcis ; aussi, ces altérations osseuses de la dysplasie périostale, si différentes au point de vue de l'étiologie anatomopathologique, permettent de considérer ces enfants atteints de dysplasie périostale comme de véritables *micromèles* ; aussi, nous croyons-nous autorisé à confondre, cliniquement, les naines dysplasiques avec les naines achondroplasiques, dont nous allons désormais nous occuper au point de vue obstétrical. D'autant plus « qu'il n'y a rien d'étonnant, disent MM. Porak et Durante, à ce que l'achondroplasie et la dysplasie périostale, quoique distinctes au point de vue de la physiologie pathologique, puissent coïncider, pas plus qu'il n'est étonnant de les voir se compliquer de rachitisme ou de myxœdème ».

Dans les derniers jours de décembre 1902, une femme Lucie K..., âgée de 20 ans, de très petite taille, 1 m. 10, se présentait à la consultation pour savoir vers quelle époque elle accoucherait.

D'une bonne santé habituelle, sans aucun antécédent spécifique ni bacillaire, menstruée depuis l'âge de 15 ans, elle avait fait, en janvier 1902, une fausse couche de deux mois, et ses dernières règles auraient été du 17 au 20 avril 1902.

A part un peu de tristesse dans les premiers mois, un seul vomissement dans le courant du troisième et quelques étourdissements passagers dans ces dernières semaines, sa grossesse se serait effectuée très normalement.

Elle ne se souvient pas toutefois de l'époque à laquelle elle a senti remuer pour la première fois.

Bien qu'elle ne sache pas lire, « ayant très peu fréquenté l'école », elle est assez intelligente et fait partie d'une « troupe lyrique » composée de nains, formée par plusieurs membres de sa famille (fig. 3).

Ses *antécédents héréditaires* méritent que nous nous y arrêtions, d'autant plus que la troupe foraine ayant accompagné à Nancy « l'artiste » qui était venue à la Maternité, il nous a été possible d'avoir des renseignements très complets, que mon collègue et ami, A. Fruhinsholz, alors mon chef de clinique, a recueillis sur cette famille, qui présente un très intéressant exemple d'*achondroplasie familiale*.

Son *père*, Ernest K..., a 53 ans. C'est un homme de très petite taille, il ne mesure que 1 *mètre* 6 *centimètres*. Sa tête est volumineuse, comme celle d'un

adulte de son âge. La ligne du nez se continue directement, de profil, avec la ligne du front : à peine est-elle interrompue par une légère encoche. Les dents sont bien plantées et normales ; la voûte palatine ne présente rien de spécial. Le cou est assez court ; le corps thyroïde est légèrement perceptible à la palpation. Les clavicules semblent normales. Le thorax mesure 20 centimètres de la fourchette du sternum à l'appendice xyphoïde. La colonne vertébrale est droite.

Les mains sont courtes, trappues, carrées, comme mal « équarries » ; elles sont velues. Les doigts, surtout ceux de la main droite, semblent avoir été éga-



FIG. 3.

lisés d'un coup de hache ; ils sont au moins aussi larges que les doigts d'un adulte du même âge, mais ils sont excessivement courts ; le médius et l'annulaire droits sont d'égale longueur et mesurent 4 centimètres à partir du pli interdigital ; à gauche le médius dépasse légèrement l'annulaire. Le petit doigt et l'index sont d'égale longueur ; ils mesurent un peu plus de 3 centimètres. Quant aux ongles, ils ont moins d'un demi-centimètre de longueur, alors que leur largeur est celle d'un ongle d'adulte normal.

Les doigts juxtaposés à leur base sont divergents à leur extrémité, surtout au niveau du médius et de l'annulaire droits ; ils représentent assez bien ce que P. Marie a décrit, en 1900, dans son travail sur l'achondroplasie chez l'adulte, comme *main en trident*, si fréquemment observée chez les achondroplasiques.

Chez Ernest K..., la *micromélie* est très marquée ; les membres supérieurs et les membres inférieurs sont très courts.

L'avant-bras, du pli d'extension du poignet à l'olécrâne, ne mesure que 14 centimètres, et les bras, de l'olécrâne à l'acromion, 17 centimètres et demi.

Les membres supérieurs, bien que très musclés, n'ont que des mouvements très limités ; il nous avoue même qu'il ne peut prendre certains soins de propreté qu'en allongeant son bras au moyen d'un petit bâton, au bout duquel se trouve fixée une serviette de papier.

Ernest K... nous raconte qu'il appartient à une famille très nombreuse et qu'il a toujours entendu dire qu'il y avait beaucoup de nains dans sa famille.

Son *père* était nain ; il est mort très âgé, ayant eu, de plusieurs femmes de taille normale, de nombreux enfants.

Il se rappelle qu'*une de ses tantes* maternelles était aussi naine, comme lui ; qu'elle était devenue enceinte deux fois : une première fois on avait dû broyer l'enfant, et la mère aurait conservé, à la suite de cet accouchement, une incontinence d'urine ; la deuxième fois, *elle avait succombé du fait même de son accouchement.*

Il a connu *un de ses frères*, beaucoup plus âgé, qui était nain et même sensiblement plus petit que lui. Ce frère marié avait eu de nombreux enfants, parmi lesquels plusieurs nains, tant garçons que filles ; *celles-ci seraient toutes mortes en couches.*

Il a connu également *une de ses sœurs*, naine. Mariée avec un homme de taille normale, elle est devenue enceinte, puis *est morte en couches*, à l'âge de 22 ans.

Elle aurait été opérée, nous dit-il, par le « médecin de l'Impératrice », et son squelette serait conservé dans un des musées des hôpitaux de Paris, probablement à la Clinique Tarnier, où se trouve le musée de l'ancienne clinique d'accouchements, que dirigeait alors le professeur Paul Dubois.

Ernest K... est intelligent ; il sait lire et écrire. Exerçant la profession de forain, il mène une vie errante, en roulotte, jouant la comédie, faisant de la musique ; il se dit même compositeur et dirige une troupe formée d'une partie des membres de sa famille.

Il s'est marié, à l'âge de 19 ans, avec une femme grande et forte de 21 ans, qui mourut à 42 ans, après avoir donné à son mari 12 enfants et fait 3 avortements !

De ces 12 enfants, 4 ont succombé : 2 jumeaux, l'un à 5 jours, l'autre à 5 mois ; une fille de 3 ans et une autre de 5 ans, qui, toutes deux, semblaient devoir être normales. Restent donc 8 enfants, sur lesquels 5 sont de développement normal et 3, *trois filles sont achondroplasiques* comme leur père.

Nous ne nous occuperons naturellement que de ces dernières et surtout de celle, Lucie K..., qui est venue pour accoucher dans notre service.

Il est à remarquer que ces trois filles achondroplasiques, âgées actuellement de 23, 21 et 19 ans, sont nées *après* trois enfants de taille normale, qui

ont 27, 26 et 25 ans, et *avant* deux autres, également bien conformés, qui sont dans leur 17e et 15e année.

L'*aînée*, Marie-Louise, âgée de 23 ans, a été nourrie au sein pendant deux ans. Menstruée à 17 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis.

Elle ne sait plus à quel âge elle a marché, mais elle se rappelle que ce n'est que lorsqu'elle avait 3 ans et demi ou 4 ans, que ses parents se sont aperçus qu'elle grandissait à peine. A 15 ans, sa taille n'aurait pas dépassé 50 centimètres ; depuis l'âge de 19 ans, sa croissance semble complètement arrêtée.

Actuellement elle ne pèse que 25 kilogrammes et mesure 95 centimètres ; toutefois il existe une légère cyphose dorsale, qui contribue à accentuer l'exiguïté de sa personne. Sa tête, en rapport avec son âge et non avec sa taille, est normale. La voûte palatine est régulière ; les dents sont bien plantées : le corps thyroïde est très peu développé ; les clavicules sont bien conformées.

Les mains sont courtes ; les doigts petits et trapus ; leurs proportions relatives sont gardées à la main gauche, c'est-à-dire que le médius est le plus long, tandis qu'à la main droite l'annulaire est plus grand que le médius. A la main gauche, les doigts ne peuvent être spontanément maintenus rapprochés ; le petit doigt reste toujours écarté des autres doigts, *main en trident*. A la main droite, au contraire, le rapprochement des doigts est possible.

Les avant-bras mesurent 11 centimètres de la pointe de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus, et les bras, 18 centimètres, de l'olécrâne à l'acromion.

Les épiphyses sont volumineuses et les diaphyses sont très légèrement incurvées.

Cette femme, ainsi que son père et ses deux sœurs achondroplasiques, présente une démarche particulière. Elle s'avance, les bras légèrement écartés du tronc, et marche en portant alternativement tout le côté du corps qui correspond à la jambe mise en avant.

Marie-Louise est très intelligente, sait lire, écrire et surtout calculer. Dans la troupe que son père dirige, elle est tout à la fois actrice, cantatrice et musicienne, car elle joue aussi du violon !

Léontine, *sœur cadette* de Lucie K..., a 19 ans. Élevée au sein comme ses sœurs, elle ignore également l'âge auquel elle a marché. Elle est régulièrement menstruée depuis l'âge de 15 ans.

Elle mesure 1 m. 6 de hauteur.

Sa tête est du volume d'une personne de son âge. On perçoit facilement le corps tyroïde.

Ses mains sont courtes et ses doigts sont, comme chez son père, presque tous égaux. Les poignets présentent des nodosités marquées ; l'extension complète du coude est impossible. La distance de l'apophyse styloïde du cubitus à l'olécrâne est de 13 centimètres, celle de l'olécrâne à l'acromion de 18 centimètres.

Son intelligence est normale, et, comme ses deux sœurs, elle fait partie de la troupe dont son père est le directeur.

Lucie K... qui, on s'en souvient, mesure 1 m. 10, a, comme ses sœurs, une tête d'un volume normal, en disproportion avec la petitesse de sa taille (fig. 4, 5 et 6).

Les membres supérieurs sont très courts; les poignets et les coudes sont



Fig. 4.



Fig. 5.

assez volumineux; les humérus semblent légèrement incurvés. Les bras mesurent 13 centimètres, de l'acromion à l'olécrâne; les avant-bras sont à peu près de la même longueur, la distance de l'olocrâne à l'apophyse styloïde du cubitus étant de 13 centimètres et demi.

Les mains sont courtes et présentent une disposition « en trident » assez marquée. L'annulaire et non le médius est le doigt le plus long.

Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras, ainsi que les mou-

vements de supination, sont limités. L'adduction complète des bras contre le thorax est impossible, et l'obstacle semble provenir de l'excès de volume de la tête humérale par rapport à la cavité articulaire.

Les membres inférieurs sont, comme les membres supérieurs, d'une brièveté remarquable. La distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de l'interligne articulaire du genou est de 24 centimètres. Les fémurs sont, comme les humérus, légèrement incurvés. Lorsque les genoux sont rapprochés, les rotules sont presque dirigées en dehors. La distance qui existe entre le côté externe de l'interligne articulaire du genou et la malléole externe est de 19 centimètres. Les péronés semblent plus longs et plus incurvés que les tibias.



Fig. 6.

Si la micromélie est très marquée, par contre les clavicules sont bien développées, ainsi que cela s'observe chez les achondroplasiques.

Le thorax est un peu aplati d'avant en arrière ; la colonne vertébrale est rectiligne ; le bassin est en légère antéversion et l'ensellure lombaire est peu marquée.

Le ventre, vu la petitesse de la taille, semble très développé. Par le palper, on perçoit la tête fœtale, qui fait déjà voussure au-dessus du rebord de la symphyse pubienne, bien que Lucie K... ne soit qu'à la fin du huitième mois.

Par le toucher mensurateur on trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 84 millimètres, ce qui nous donne un diamètre promonto-pubien minimum ou *diamètre utile de* 69 *millimètres*.

Les autres diamètres sont : le bi-crête, 21 centimètres et demi ; le bi-épine, 19 centimètres et demi ; le conjugué externe de Baudelocque, 14 centimètres et demi.

En présence d'une angustie pelvienne aussi marquée, nous engageons cette femme à ne pas s'éloigner de Nancy, afin de pouvoir venir à la Maternité dès qu'elle commencerait à souffrir, puisqu'elle ne voulait pas entrer dans le service avant le début du travail. Elle acceptait, du reste, sans aucune difficulté, l'opération césarienne que nous nous proposions de faire et qui nous était

imposée; elle avait un bassin généralement rétréci, avec un diamètre utile de 7 centimètres au maximum.

Le 24 janvier 1903, Lucie K..., éprouvant quelques douleurs sourdes dans les reins, revenait à la Maternité.

On trouve la tête très mobile au-dessus du détroit supérieur, faisant une forte saillie au-dessus de la symphyse. Les battements fœtaux sont nettement perçus dans le flanc gauche. Le col, à peine effacé, est fermé.

Le lendemain, 25, comme les douleurs devenaient, par intermittences, un peu plus énergiques et que le début du travail semblait devoir commencer, la gestation étant arrivée à son terme normal puisque les dernières règles dataient du 17 au 20 avril, je me décidais à intervenir, ne voulant pas, par une attente intempestive, exposer notre parturiente à une fatigue inutile et dangereuse. Je pratiquais donc, avec l'aide de mes collègues Weiss et Schuhl, la section césarienne.

La malade endormie, sa vessie évacuée, le vagin stérilisé, la paroi abdominale minutieusement aseptisée, on lui fait une injection hémostatique préventive d'ergotine, puis j'incise la peau sur la ligne médiane; cette incision remonte à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et descend jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la symphyse.

La cavité abdominale ouverte, les bords de la plaie sont maintenus appliqués sur le globe utérin, de façon à éviter, autant que possible, l'écoulement du liquide amniotique et du sang dans la cavité péritonéale.

L'utérus est sectionné sur la ligne médiane, cette région étant, on le sait, physiologiquement la moins vasculaire, à la condition toutefois que le placenta ne s'insère pas sur cette paroi antérieure. J'avais bien, en déprimant légèrement cette région avec l'extrémité de mes doigts, éprouvé une sensation de dépressibilité et de fluctuation, qui m'avait fait espérer que le placenta ne doublait pas, à cet endroit, l'utérus, dont l'épaisseur me semblait peu considérable, mais un flot de sang vint me montrer que je m'étais trompé dans mes prévisions. Le placenta, inséré en avant et surtout à gauche, est rapidement décollé et, en me dirigeant à droite, je trouve les membranes que je déchire largement. Saisissant l'enfant par les pieds, je l'extrais et, après l'avoir confié à une garde, j'achève la délivrance, ayant quelque peine à décoller les membranes.

Pendant que je vide ainsi le contenu de la cavité utérine, M. Weiss comprime les vaisseaux tubo-ovariens : aussi l'hémorragie, un instant très considérable, ne continue-t-elle pas ; on fait néanmoins une injection de 250 centimètres cubes de sérum artificiel.

Puis, avant de suturer l'utérus, et après avoir diminué momentanément l'étendue de l'incision cutanée en réunissant, avec une pince à griffe, la partie supérieure des lèvres de la plaie, de façon à contenir la masse intestinale et à en éviter l'issue hors de l'abdomen, on passe, par le vagin et par le col utérin, une longue pince courbe qui saisit l'extrémité d'une mèche de gaze iodoformée, destinée à établir un drain utéro-vaginal. Ce drainage, vu l'étroitesse de la vulve et surtout de l'orifice utérin, ne se fait pas sans difficultés.

La plaie utérine est alors fermée par deux plans de sutures, faites avec de

la soie. Le premier plan, le plus profond, comprend toute l'épaisseur du muscle utérin, muqueuse exceptée ; le second, plus superficiel, complète le premier.

Puis, après avoir procédé à la toilette du péritoine, et comme l'utérus est bien rétracté et n'a guère que le volume du poing, l'abdomen est fermé par trois plans de sutures. Le premier, formé de sutures en surjet faites à la soie, permet l'accollement de la séreuse péritonéale ; le second, à points séparés également à la soie, réunit les muscles sectionnés ; quant à la peau, elle est suturée au crin de Florence. Des compresses stérilisées, que maintient un bandage de corps, recouvrent l'abdomen, et la malade est transportée dans son lit.

Les suites de couches furent apyrétiques et normales.

Le drain utéro-vaginal est retiré le 5ᵉ jour, il était du reste presque complètement dans le vagin et aurait pu être enlevé deux jours plus tôt. La cicatrisation de la paroi abdominale se fit régulièrement ; une partie des crins est enlevée le 10ᵉ jour, les autres, deux jours après. Elle se lève le 15 février, 21 jours après avoir été opérée.

Excellente nourrice, Lucie K... avait, dès le 5ᵉ jour de ses couches, allaité son fils, qui, au moment de sa naissance, pesait 3.000 grammes. Le 19 février, jour de la sortie de sa mère, son poids était de 3.500 grammes.

Les mensurations de cet enfant étaient à ce moment les suivantes : longueur totale, 50 centimètres ; longueur du tronc de la fourchette sternale au pubis, 23 centimètres ; longueur de l'avant-bras, de l'apophyse styloïde du cubitus à l'olécrâne, 65 millimètres ; longueur du bras, de l'acromion à l'olécrâne, 75 millimètres. Les membres supérieurs placés en extension le long du tronc atteignaient l'extrémité supérieure du grand trochanter. Les membres inférieurs, dans l'extension, mesuraient 20 centimètres, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la plante du pied.

Le jeune César n'avait donc rien dans son squelette qui rappelât l'achondroplasie maternelle. Il ressemblait à son père qui était grand et bien bâti, faisant également partie de la « troupe », mais plus du côté « accessoire » que du côté « artistes » ; musicien cependant, il battait de la grosse caisse !

Au commencement de 1905, je recevais, d'un village de la Somme, une lettre écrite par le père de César, m'annonçant que Lucie K... était de nouveau enceinte et qu'elle désirait, comme la première fois, faire ses couches à la Maternité de Nancy. J'eus beau l'engager à s'arrêter à Amiens, où sa femme trouverait toutes les ressources chirurgicales nécessaires, de façon à éviter ainsi un voyage long et fatigant ; tous mes conseils furent inutiles ; le 11 avril 1905, au moment où je me rendais à mon service, je vis une roulotte s'arrêter devant la porte de la Maternité, le mari de Lucie K... en descendre, et extraire de ce véhicule son fils César, qui me parut très grand pour ses 29 mois, et sa femme, dont la grossesse semblait très avancée.

Comme son état général était excellent et que ses urines ne contenaient pas d'albumine, je la laissais libre de n'entrer définitivement à la Maternité qu'au début du travail, ainsi qu'elle le désirait.

Celui-ci se déclara le 7 mai et, comme précédemment, avec l'assistance de mon collègue et ami Weiss, je pratiquai, pour la seconde fois, une section césarienne, qui me permit d'extraire par la voie abdominale un enfant du sexe féminin de 3.050 grammes, qui me parut bien constitué et nullement achondroplasique, et qui fut, comme César, allaité par sa mère. Les suites de couches furent tout à fait régulières. Elle se remit même plus rapidement que la première fois et quittait le service le 3 juin.

Est-ce pour n'y plus revenir? Je n'ose l'espérer.

Les achondroplasiques me paraissent être, comme les rachitiques, d'une fécondité toute particulière.

Lucie K... a déjà subi deux opérations césariennes et fait deux avortements.

D'autre part, j'ai, en 1902, rapporté à la Société obstétricale de France l'histoire d'une naine achondroplasique mesurant 1 m. 22 et chez laquelle le diamètre utile n'était que de 59 millimètres, qui, enceinte pour la quatrième fois, avait subi aussi deux opérations césariennes (fig. 7 et 8) (1).

Je rappellerai que cette femme présentait à un degré assez marqué ce raccourcissement *rhizomélique* qui, ainsi que l'a démontré P. Marie, existe assez souvent chez les achondroplasiques et qui est caractérisé par une disproportion entre la longueur de différents segments des membres supérieurs et inférieurs, les bras et les cuisses étant, contrairement à ce qui existe normalement, plus courts que les avant-bras et les jambes.

Cette naine est encore revenue à la Maternité le 14 juillet 1904. Elle était en travail et j'ai dû lui faire, une *troisième fois*, l'opération césarienne ; enfin, tout récemment, en août 1905, elle rentrait de nouveau dans notre service pour un avortement de 5 mois.

Les seuls enfants vivants qu'elle ait sont, ainsi que chez Lucie K..., ceux qui sont nés par la voie abdominale, à la suite d'une section césarienne.

C'est malheureusement le plus souvent la seule intervention qui soit indiquée, vu l'extrême angustie pelvienne dont ces naines rachitiques et achondroplasiques sont atteintes.

Il n'en est pas de même des naines myxœdémateuses ; outre que chez elles la fécondation est l'exception, le rétrécissement du bassin est loin d'être aussi marqué, bien que leur taille ne soit souvent pas plus développée que celle des naines achondroplasiques ou rachitiques.

---

(1) Récidive d'opération césarienne chez une achondroplasique. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1902, t. LVIII, p. 95.

Je ne reviendrai pas sur les considérations émises, au début de ce travail, sur les femmes qui n'ont de nain que leur taille et qui sont normales au point de vue obstétrical, leur bassin étant régulièrement et normalemen[t] développé.



FIG. 7.



FIG. 8.

Je n'insisterai pas non plus sur l'accouchement chez les peuples nains, où les femmes sont des « naines physiologiques ».

Ces femmes accouchent normalement.

On voit, par ce qui précède, l'importance considérable que joue *l'étiologie* dans le nanisme, quand on l'étudie au point de vue obstétrical ; le pronostic de l'accouchement étant tout différent suivant la cause qui, chez les naines, produit la petitesse de leur taille.

Tantôt elles accoucheront facilement, telles les naines « physiologiques », tantôt, comme chez les naines achondroplasiques, l'expulsion du produit de conception par les voies naturelles sera impossible ; l'accouchement prématuré sera inutile et, à terme, la symphyséotomie même ne pourra pas donner un agrandissement pelvien suffisant : il faudra recourir à la section césarienne qui, seule, pourra permettre de sauver la mère et l'enfant, comme dans les cinq cas que nous venons de rappeler.

J'insiste tout particulièrement sur la gravité exceptionnelle de l'achondroplasie comme cause de retrécissement du bassin. Nous avons vu dans l'observation d'achondroplasie familiale que nous relatons que les femmes qui, dans cette famille, étaient devenues enceintes, avaient toutes succombé, arrivées au terme de leur gestation ; seule Lucie K... fait exception.

Nous savons, il est vrai, que dans le rachitisme l'arrêt de développement du squelette, joint au ramollissement des os, peut produire des angusties pelviennes plus acentuées encore que celles que l'on rencontre habituellement dans l'achondroplasie, mais nous savons aussi que ces cas sont d'une très grande rareté. Le plus souvent, dans le rachitisme, ces retrécissements sont beaucoup moins marqués. L'accouchement prématuré, la symphyséotomie permettent d'en triompher. De plus, ce que nous connaissons de la cause du rachitisme nous permet, jusqu'à un certain point, d'éviter la production de cette maladie chez l'enfant par une hygiène alimentaire appropriée, ou tout au moins d'en atténuer un peu les effets par des soins spéciaux, tandis que nous ne pouvons rien, nous sommes tout à fait désarmés contre cette dystrophie osseuse qui produit l'achondroplasie, car, si on devient rachitique, on naît achondroplasique.

A PROPOS DE L'HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE[1]

Par V. **WALLICH**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le mot puériculture est aujourd'hui entré dans l'usage courant : tout le monde l'emploie, et il est compris de tous.

Or, en 1895, il y a dix ans, il était si peu question de puériculture, le jour où M. Pinard fit sa première communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, que le mot ne se trouvait alors dans aucun livre d'accouchements, aucun ouvrage de médecine ou d'hygiène et, à plus forte raison, dans d'autres travaux. Il n'en était pas question dans les grands dictionnaires de Jaccoud et de Dechambre, ni dans l'« Index medicus », ni dans l'« Index catalogue of the library » ; on ne trouvait ce mot que dans le dictionnaire de Littré (2), avec le nom de Caron entre parenthèses, à la suite de la définition suivante : « art d'élever les enfants ».

Depuis dix ans, le mot a fait fortune, et avec lui, il faut bien le reconnaître, ce qu'il exprime.

On le trouve à partir de 1898 dans les thèses de Bachimont père et fils, dans celles de Saraute Lourié, Devé, etc., soutenues à la Faculté de médecine de Paris. En 1900, la puériculture faisait l'objet d'un triple rapport de MM. Comby, Pinard, Budin au Congrès international des sciences médicales.

Depuis, la puériculture a fait l'objet de nombreux travaux médicaux et même littéraires ; elle est enseignée aujourd'hui, dans certaines de ses parties, aux petites filles, en France et en Suisse dans les écoles primaires, avec l'orthographe et le calcul.

*
* *

Comme nous l'indique le dictionnaire de Littré, le mot puériculture avait été forgé et appliqué, pour la première fois, par un simple praticien de Paris, le docteur A. Caron. Ce n'est pas sans difficultés qu'il arriva à le faire entendre.

---

(1) Extrait d'une leçon faite à la clinique Baudelocque, le jeudi 7 décembre 1905.
(2) LITTRÉ. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* 17e édition, 1893.

Il explique lui-même dans la préface d'un petit livre sur *la puériculture*, paru en 1866, les difficultés qu'il a rencontrées et l'accueil malveillant et ironique qu'on fit au mot puériculture, auquel il donnait pourtant la définition très innocente de« science d'élever les enfants » (1). V. Duruy, alors ministre de l'Instruction publique, après avoir pris connaissance de ce que proposait de faire Caron, lui donne l'autorisation souhaitée d'ouvrir un cours aux jeunes mères. Il s'installe à cet effet dans une salle, quai Malaquais, où il enseigne ce que l'on trouve dans son ouvrage, c'est-à-dire tout ce qui concerne l'art d'élever les enfants ; il signale aussi, mais accessoirement, la nécessité de se préoccuper du nouvel être avant sa naissance et avant sa procréation. Il donne des conseils hygiéniques à la femme enceinte, et recommande de ne pas procréer si l'on est dans un état maladif ou anormal.

Quels succès obtinrent ces conférences et cette publication ?

Nous ne pouvons savoir qu'une chose, c'est que celles-ci firent peu de bruit et que le livre fut, du moins à la Faculté de médecine, peu consulté, puisque sur l'exemplaire unique de la bibliothèque, non jugé digne de la reliure, les pages, tout récemment encore non coupées, étaient restées vierges de toute curiosité.

L'effort de Caron n'avait pas eu de suites, le mot était tombé dans l'oubli, n'ayant pour épitaphe que l'article, cité plus haut, du dictionnaire de Littré, où M. Pinard devait le retrouver en 1895.

On peut se demander quelles furent alors les causes de cet insuccès ? Une œuvre, comme un être vivant, a besoin, pour suivre une évolution régulière, de naître à terme, à son heure, et de ne pas apparaître prématurément, sans maturation suffisante. La *puériculture de Caron* faisait, vers 1866, son apparition dans le monde au moment où bien d'autres préoccupations tenaient l'esprit du public et des médecins, à propos de l'acte de la maternité. La fièvre puerpérale causait à ce moment les plus grands ravages, la dystocie entraînait les plus graves conséquences pour la femme et pour l'enfant, et, après la naissance, les infections gastro-intestinales menaçaient le nouveau-né et le décimaient dans des proportions effrayantes.

C'est là, semble-t-il, qu'on doit voir la cause de l'insuccès de cette puériculture, qui devait une vingtaine d'années plus tard reparaître et s'imposer.

(1) *La puériculture ou science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants*, par A. Caron. — Paris, 1866. Germer Baillère, éditeur.

*
* *

Dans la période qui s'écoule de 1866 à 1895, entre la chute et la renaissance de la puériculture, on n'est pourtant pas sans s'occuper de l'art d'élever, de conserver et de cultiver les enfants. On fait même beaucoup de puériculture dans cette période, mais sans la nommer : on en fait donc comme M. Jourdain faisait de la prose.

N'est-ce pas de la puériculture de premier ordre que la loi de protection du premier âge, la loi votée en 1874, à l'instigation de Théophile Roussel ? N'est-ce pas de la puériculture que cette campagne (1889) pour obtenir la protection, l'assistance et le repos de la femme enceinte, campagne entreprise par M. Pinard dans des conférences, faites en faveur des œuvres philanthropiques de Mme Béquet, en vue de la création d'asiles publics pour les femmes enceintes?

C'est dans la même période, toujours sans que le mot puériculture soit prononcé, qu'on voit naître diverses œuvres d'assistance pour le nourrisson, l'œuvre de « la Maternité » fondée à Nancy par M. A. Herrgott (1890), les consultations de nourrissons de la Charité de M. Budin (1892), les diverses pouponnières, crèches ou gouttes de lait arrivant plus ou moins exactement au but proposé, mais ayant pour objectif l'amélioration, la protection et la conservation du nourrisson.

De même qu'on peut voir dans l'atmosphère qui entourait Caron, vers 1866, la cause de son insuccès, il est facile de trouver, dans les découvertes faites pendant cette période (1866-1895), dans laquelle on fit de la *puériculture à la Jourdain*, les causes du succès de tout ce qui est entrepris en vue de l'amélioration des produits de l'espèce. A partir de 1878, on peut noter l'apparition du *Traité du palper*; on commence, dès lors, à pratiquer mieux l'examen de la femme enceinte, le diagnostic est assuré, les présentations vicieuses sont corrigées.

De plus, l'application de la méthode antiseptique aux accouchées par Championnière, puis Tarnier, marquent une ère nouvelle, dans laquelle on peut combattre et surtout prévenir la fièvre puerpérale.

Enfin, vers 1889, la découverte de Soxhlet, l'apparition des moyens de stérilisation du lait, indiqués en France par A. Herrgott de Nancy, qui les signale à Paris, l'extension et le succès de cette méthode permettent de prévenir l'infection gastro-intestinale des nourrissons.

A ce moment, en 1892, on voit s'améliorer la thérapeutique des viciations du bassin par la renaissance de la symphyséotomie qui, elle

aussi, avait disparu à la suite d'une naissance prématurée, sous les auspices de Sigault au dix-huitième siècle.

La symphyséotomie, recréée par Morisani, Pinard, Farabeuf et Varnier, permet, quoi qu'on ait dit, de rayer de la pratique l'embryotomie sur l'enfant vivant.

L'opération de Porro, la césarienne conservatrice, rénovée par Sänger et par Léopold, commençaient assi à donner de beaux résultats dans le traitement des dystocies les plus graves.

Grâce à tous ces progrès, l'esprit était plus libre, c'était le moment choisi par le destin pour faire renaître la puériculture.

*
* *

Le mardi 26 novembre 1895, M. Pinard présentait à l'Académie de médecine un mémoire sur les effets du repos pendant la grossesse chez les femmes de son service.

Il constatait que la femme, traitée comme l'éleveur traite une femelle pleine en lui accordant la vie facile et le repos, voyait sa grossesse évoluer plus longtemps, l'enfant naître plus lourd et plus développé. C'était a *puériculture intra-utérine*, comme l'indiquait ce mémoire. Le mot puériculture, alors tout neuf, éveilla bien quelques sourires : il semblait évoquer l'image de cette culture des enfants rendue populaire par les vieilles enseignes de sages-femmes, où l'on voyait un enfant sortir en souriant d'un chou ou émaner plus poétiquement d'une rose.

Malgré tout, ce mot était rapidement répété, vulgarisé, définitivement adopté.

Depuis longtemps déjà, M. Pinard, dans son enseignement familier, répandait un certain nombre de conseils sur l'importance qu'il y avait à choisir, pour procréer, un moment favorable, marqué par l'état de pleine santé des procréateurs, mettant ainsi en pratique des règles, jusque-là seulement observées par les éleveurs dans le but d'obtenir les plus beaux produits possibles. Pourquoi ne pas agir de même pour l'espèce humaine ? Pourquoi ne pas choisir pour la procréation le moment où les procréateurs sont en parfaite santé physique et morale ? Pourquoi laisser la procréation être un effet du hasard? Pourquoi, par le choix de ce moment favorable et des meilleures conditions pour cette procréation, ne pas éviter la venue de tant d'êtres, dont les misères et les infirmités peuvent être mises sur le compte de l'heure fâcheuse, dans laquelle ils ont été procréés? L'exécution et la vulgarisa-

tion d'un tel programme, augmentées de l'abstention des rapports sexuels dans les derniers mois de la grossesse et de ce qui concerne le repos et l'hygiène de la femme enceinte, le traitement des maladies des deux procréateurs, en particulier de la syphilis, avant le coït fécondant, tout cela constituait cette puériculture bien nouvelle, bien récente, bien personnelle à M. Pinard, la *puériculture avant la procréation*.

L'être convenablement procréé, après une gestation suffisante, vient de naître, il faut continuer à l'élever, à le cultiver : c'est la *puériculture du premier âge*, celle qu'on enseigne à l'heure actuelle aux futures mères à l'école communale.

C'est pour elles qu'a été fait le petit livre de M. Pinard sur la puériculture (1), exposé de conférences faites en 1902-1903 dans une école de filles du boulevard Péreire, grâce à l'initiative de la directrice de cette école, Mme Girard, et de M. Durand, secrétaire de l'Académie de Paris. Tel a été le point de départ de l'enseignement de la puériculture à l'école primaire.

Qu'il s'agisse de puériculture avant la procréation, de puériculture avant la naissance, de puériculture du premier âge, la puériculture qu'on pourrait appeler *puériculture à la Pinard* porte une marque particulière, en apparence un peu farouche et spartiate, mais très large, visant, à travers le mépris apparent de l'individu, le bien-être et le bonheur de l'espèce, faisant, suivant une expression juste, éclater le vieux cadre de la vieille obstétrique, laquelle ne constituerait plus qu'une des parties de la puériculture, devenue science médicale de l'espèce, par opposition à la vieille médecine qui, elle, n'a en vue que l'individu : puériculture se résumant enfin dans la définition donnée dans la leçon faite sur ce sujet à la clinique Baudelocque en novembre 1905 :

« La puériculture est la science qui a pour but la recherche des connaissances relatives à la reproduction et à la conservation de l'espèce humaine. »

Cette puériculture ne dirige ni sa sollicitude ni son effort vers le débile, le prématuré, vers l'être faible, qui meurt dans des proportions considérables et ne peut échapper à la mort que pour souffrir, pour être un inutile, un infirme, à charge à lui-même et aux autres. Elle réserve toute son action pour protéger, conduire et cultiver l'enfant conçu à propos, né à terme et convenablement allaité, qui pourra ainsi devenir un être sain, vigoureux et heureux.

A. PINARD. *La puériculture du premier âge*. — Paris, 1904. Armand Colin, éditeur.

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES OUVRIÈRES EMPLOYÉES DANS L'INDUSTRIE

STATISTIQUE DE LA NOURRICERIE J. HAYEM PENDANT LES ANNÉES 1904-1905

Par **E. PAQUY**, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

On sait quelle hécatombe d'enfants fait l'allaitement artificiel dans la classe ouvrière. Plus de 50 p. 100 de ces nourrissons meurent chaque année, tués par le lait de vache. Le lait de la mère étant le seul aliment qui convienne au nouveau-né, l'unique moyen d'arriver à enrayer cette effroyable mortalité consiste donc, en théorie, à assurer à chaque nouveau-né le droit à l'allaitement maternel. En pratique, c'est plus difficile ; on se heurte à chaque pas à de grosses difficultés, qu'il est quelquefois cependant facile de surmonter, ainsi que nous allons en donner les preuves.

Un industriel parisien, M. Julien Hayem, a bien voulu, sur nos conseils, installer au milieu de sa fabrique, située 147 boulevard Voltaire, une nourricerie, destinée à permettre à ses ouvrières de donner le sein à leur enfant, tout en continuant à travailler à l'atelier.

La fabrique compte au moins 250 ouvrières, occupées à la confection du linge d'homme. Chaque fois qu'une ouvrière est enceinte, elle nous est signalée, afin que nous puissions l'aider de nos conseils et au besoin de nos soins jusqu'à l'époque de son accouchement. Pendant toute cette période nous nous efforçons de lui persuader de nourrir elle-même son enfant lorsqu'elle sera accouchée ; et malheureusement nous avons à lutter contre de nombreux préjugés, contre des objections faites par elle, son mari ou son entourage. Malgré tout, nous arrivons le plus souvent à la convaincre et nous avons le plaisir, quelques semaines après son accouchement, de la voir venir réclamer l'admission de son enfant à la nourricerie. Notre tâche commence alors. Nous examinons la mère, puis l'enfant, nous nous assurons que celui-ci n'est pas atteint de maladie contagieuse et, si notre examen est satisfaisant, nous l'admettons à la nourricerie.

Celle-ci est installée au centre même des ateliers. C'est une pièce contenant huit à neuf berceaux et munie de ce qu'il faut pour baigner,

changer et peser les enfants. Ceux-ci sont placés sous la surveillance d'une gardienne.

Chaque matin, la mère apporte son enfant à la gardienne, qui le déshabille, le baigne, l'emmaillote avec les vêtements de la nourricerie, et le couche dans son berceau. Toutes les trois heures, la mère quittera son travail et viendra allaiter son enfant. Le soir, elle l'emportera chez elle.

Les enfants sont pesés tous les huit jours, examinés par nous une fois par semaine.

Cette nourricerie fonctionne depuis le 14 janvier 1904. Nous pouvons donc aujourd'hui publier une statistique portant sur deux années. Nous avons voulu, en effet, avant de donner les résultats que nous avons obtenus en favorisant l'allaitement maternel chez les ouvrières employées dans l'industrie, qu'il se fût écoulé un temps assez long depuis le début de notre création. Nous pouvons maintenant, il nous semble, réfuter les objections qui nous avaient été faites : dangers d'épidémies inhérents à toute agglomération infantile, impossibilité pour une femme d'allaiter en conservant sa place à l'atelier, mauvais-vouloir des ouvrières qui ne voudraient pas nous confier leurs enfants. Toutes ces objections nous paraissent actuellement dénuées de fondement, et nous croyons que le lecteur sera de notre avis s'il veut bien se donner la peine de lire nos observations.

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1904

8 enfants ont été admis à la nourricerie pendant l'année 1904.

1 enfant est morte au sixième mois, de broncho-pneumonie (obs. 6).

4 enfants ont quitté en excellent état la nourricerie, dans le courant de l'année.

3 enfants étaient présents au 1er janvier 1905.

Mode d'allaitement. — Tous les enfants ont été nourris au sein par leur mère.

Celles-ci nourrissaient : 6 pour la première fois;
2 pour la deuxième fois.

Parmi les premières, l'allaitement mixte a dû être institué : à 5 mois (n° 3), à 6 mois (n° 2), à 10 mois (n° 1).

Un enfant a été sevré à 13 mois (n° 1).

Réapparition des règles. — Les règles, chez les nourrices, ont réapparu : à 5 mois (n° 2), à 7 mois (n° 1 et n° 3).

Évolution dentaire. — La première dent est apparue: au 8e mois (n°2 et n° 3), au 9e mois (n° 1).

Marche. — 1 enfant (n°1) a marché seul dans le courant du 13e mois.

Morbidité. — Nous n'avons observé aucun cas de gastro-entérite.

1 enfant (n° 6) a été atteinte de broncho-pneumonie.

1 enfant (n° 7) a été atteint de bronchite légère.

Observations (année 1904)

Obs. I. — *T...*, *Vinicio.* — Né le 25 octobre 1903, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : 2.700 grammes.

Vacciné avec succès à Baudelocque.

Envoyé le 4 novembre 1903, à Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise), chez une nourrice mercenaire. Allaitement au biberon. Gastro-entérite au bout de quelques jours. Repris par la mère, qui l'allaite au sein à partir du 24 novembre 1903. Amélioration rapide de l'état de l'enfant.

Entre à la nourricerie le 14 janvier 1904. Allaitement au sein maternel. Bon état général.

3e mois : Janv. — 23 = 4.800 gr. ; — 30 = 5.065 gr.
4e mois : Fév. — 6 = 5.720 gr. ; — 13 = 5.800 gr. ; — 20 = 5.925 gr. ; — 27 = 5.925 gr.
5e mois : Mars. — 5 = 6.080 gr. ; — 12 = 6.130 gr. ; — 19 = 6.380 gr. ; — 26 = 6.380 gr.
6e mois : Avril. — 2 = 6.400 gr. ; — 9 = 6.500 gr. ; — 16 = 6.600 gr. ; — 23 = 6.600 gr.
— — 30 = 6.550 gr.
7e mois : Mai. — 7 = 6.580 gr. ; — 14 = 6.720 gr. ; — 21 = 6.900 gr. ; — 28 = 6.950 gr.
Mère réglée pour la 1re fois du 28 avril au 2 mai.
8e mois : Juin. — 4 = 7.020 gr. ; — 11 = 7.170 gr. ; — 18 = 7.220 gr. ; — 25 = 7.350 gr.
9e mois : Juil. — 2 = 7.350 gr. ; — 9 = 7.400 gr. ; — 16 = ? ; — 23 = 7.310 gr.
— — 30 = 7.370 gr.
Incisive médiane inférieure gauche le 20 juillet.
Incisive médiane inférieure droite le 26 juillet.
10e mois : Août. — 6 = 7.600 gr. ; — 13 = 7.850 gr. ; — 20 = 7.850 gr. ; — 27 = 7.800 gr.
Le 1er, allaitement mixte, tétée de 5 heures du soir remplacée par un biberon de 125 grammes de lait stérilisé.
Incisive médiane supérieure gauche le 13 août.
Incisive médiane supérieure droite le 25 août.
11e mois : Sept. — 3 = 7.800 gr. ; — 10 = 8.000 gr. ; — 17 = 8.250 gr. ; — 24 = 8.400 gr.
12e mois : Oct. — 1 = 8.550 gr. ; — 8 = 8.900 gr. ; — 15 = 8.800 gr. ; — 22 = 8.750 gr.
29 = 8.800 gr.
Le 1er, une bouillie le matin, un biberon le soir.

Incisive latérale supérieure gauche, le 21 octobre.
Légère bronchite du 11 au 23.
13e mois : Nov. — 7 = 9.000 gr.; — 12 = 8.7:0 gr.; — 19 = 8.850 gr.; — 26 = 9.100 gr.
Le 15, deux bouillies et deux biberons.
Incisive latérale supérieure droite, le 5 novembre.
Incisive latérale inférieure gauche, le 15 novembre.
Marche seul, le 30 novembre.
14e mois : Déc. — 3 = 9.100 gr.; — 10 = 9.180 gr.; — 17 = 9.270 gr.
L'enfant quitte la nourricerie, le 17 décembre 1904, en parfait état.

Obs. II. — *B..., Alberto.* — Né le 5 mars 1904, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : 2.730 grammes.

Vacciné avec succès à Baudelocque.

Entré à la nourricerie le 30 mars 1904.

Poids à l'entrée : 3.175 grammes. Allaitement au sein maternel.

1er mois : Mars — 30 = 3.175 gr.
2e mois : Avr. — 2 = 3.300 gr.; — 9 = 3 450 gr.; — 16 = 3.625 gr.; — 23 = 3.370 gr.
— — 30 = 3.960 gr.
3e mois : Mai. — 7 = 4.080 gr.; — 14 = 4.150 gr.; — 21 = 4.450 gr.; — 28 = 4.450 gr.
4e mois : Juin. — 4 = 4.750 gr.; — 11 = 4.960 gr.; — 18 = 5.520 gr.; — 25 = 5.200 gr.
5e mois : Juil. — 2 = 5.200 gr.; — 9 = 5.410 gr.; — 16 = 5.550 gr.; — 23 = 5.850 gr.
Mère réglée pour la 1re fois, du 9 au 13 juillet.
6e mois : Août. — 6 = 5.870 gr.; — 13 = 5.680 gr.; — 20 = 5.900 gr.; — 27 = 6.250 gr.
Le 15, allaitement mixte, un biberon de 125 grammes, remplaçant la tétée de 5 heures du soir.
7e mois : Sept. — 3 = 6.300 gr.; — 10 = 6.600 gr.; — 17 = 6.800 gr.; — 24 = 6.760 gr.
8e mois : Oct. — 1 = 6.950 gr.; — 8 = 7.030 gr.; — 15 = 7.000 gr.; — 22 = 7.150 gr.
— — 29 = 7.300 gr.
Le 15, deux biberons de 125 grammes.
Le 24, incisive médiane inférieure droite.
Le 29, incisive médiane inférieure gauche.
9e mois : Nov. — 7 = 7.420 gr.; — 12 = 7.500 gr.; — 19 = 7.320 gr.; — 26 = 7.380 gr.
Le 25, incisive médiane supérieure gauche.
Le 30, incisive médiane supérieure droite.
Le 20, deux biberons, une bouillie.
10e mois : Déc. — 3 = 7.500 gr.; — 10 = 7.670 gr.; — 17 = 7.820 gr.; — 24 = 7.700 gr.
— — 31 = 7.650 gr.
Le 17, incisive latérale supérieure gauche.
Le 30, incisive latérale supérieure droite.

Obs. III. — *G..., René.* — Né le 2 avril 1904, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : 2.720 grammes.

Vacciné avec succès à Baudelocque.

Entré à la nourricerie le 25 avril 1904.

Poids à l'entrée : 2.820 grammes. Allaitement au sein maternel.

1er mois : Avr. — 30 = 3.150 gr.
2e mois : Mai. — 7 = 3.360 gr. ; — 14 = 3.400 gr. ; — 21 = 3.620 gr. ; — 28 = 3.750 gr.
3e mois : Juin. — 4 = ? ; — 11 = ? ; — 18 = ? ; — 25 = 4.750 gr.
Parti à la campagne avec sa mère, du 28 mai au 25 juin.
4e mois : Juil. — 2 = 4.870 gr. ; — 9 = 5.110 gr. ; — 16 = 5.370 gr. ; — 23 = 5.450 gr.
— — 30 = 5.470 gr.
5e mois : Août. — 6 = 5.650 gr. ; — 13 = 5.800 gr. ; — 20 = 5.900 gr. ; — 27 = 5.950 gr.
Allaitement mixte à partir du 8 août. Un biberon de 125 gr. remplaçant la tétée de 5 heures du soir.
6e mois : Sept. — 3 = 5.950 gr. ; — 10 = 6.100 gr. ; — 17 = 6.150 gr. ; — 24 = 6.440 gr.
7e mois : Oct. — 1 = 6.500 gr. ; — 8 = 6.500 gr. ; — 15 = 6.550 gr. ; — 22 = 6.720 gr.
— — 29 = 6.770 gr.
Le 17, deux biberons de 125 grammes.
Mère réglée pour la 1re fois, du 22 au 28.
8e mois : Nov. — 7 = 6.920 gr. ; — 12 = 7.150 gr. ; — 19 = 7.070 gr. ; — 26 = 7.120 gr.
Du 12 au 26, éruption des huit incisives dans l'ordre suivant : médiane inférieure droite, médiane inférieure gauche, médiane supérieure gauche, médiane supérieure droite, latérale inférieure gauche, latérale supérieure gauche, latérale supérieure droite, latérale inférieure droite.
9e mois : Déc. — 3 = 7.200 gr. ; — 10 = 7.350 gr. ; — 17 = 7.450 gr. ; — 24 = 7.450 gr.
— — 31 = 7.550 gr.

Obs. IV. — *R..., Germaine.* — Née le 27 mars 1904, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : 3.450 grammes.

Vaccinée avec succès à Beaudelocque.

Entrée à la nourricerie le 17 mai 1904.

Poids à l'entrée : 4.600 grammes. Allaitement au sein maternel.

2e mois : Mai. — 21 = 4.700 gr. ; — 27 = 4.850 gr.
3e mois : Juin. — 4 = 4.950 gr. ; — 11 = 5.050 gr. ; — 18 = 5.220 gr. ; — 25 = 5.300 gr.
4e mois : Juil. — 2 = 5.400 gr. ; — 9 = 5.530 gr. ; — 16 = ? ; — 23 = ?
30 = 5.750 gr.
La mère quitte la fabrique, le 31 juillet 1904.
Elle entre, le 15 novembre 1904, avec son enfant, comme gardienne à la nourricerie V. Klotz, à Pantin.

Obs. V. — *P..., Robert.* — Né le 7 mai 1904, à Paris. *Deuxième enfant.*

Poids à la naissance : ?

Vacciné avec succès.

Entré à la nourricerie le 7 juin 1904.

Poids à l'entrée : 4.370 grammes. Allaitement au sein maternel. La mère allaite pour la deuxième fois.

2e mois : juin. — 11 = 4.470 gr. ; — 18 = 4.570 gr. ; — 25 = 4.650 gr.
3e mois : juil. — 2 = 4.770 gr. ; — 9 = 4.950 gr. ; — 18 = 5.150 gr. ; — 23 = 5.250 gr.
— — 30 = 5.420 gr.
4e mois : Août. — 6 = 5.450 gr.

Le 6 août la mère quitte la fabrique. Elle doit épouser le père de ses enfants et cesser à l'avenir d'aller travailler à l'atelier.

Obs. VI. — *Le C..., Germaine.* — Née le 12 juin 1904, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Deuxième enfant.*

Vaccinée à Baudelocque.

Poids à la naissance : 3.880 grammes.

Entrée à la nourricerie le 27 juillet 1904. Allaitement au sein maternel. La mère allaite pour la deuxième fois. Premier enfant mort à sept semaines (?). Père tuberculeux avancé. Mère, pleurésie sèche au troisième mois de la grossesse.

2e mois : Juil. — 30 = 4.170 gr.
3e mois : Août. — 6 = 4.300 gr. ; — 13 = 4.420 gr. ; — 20 = 4.550 gr. ; — 27 = 4.720 gr.
4e mois : Sept. — 3 = 4.750 gr. ; — 10 = 5.000 gr. ; — 17 = 5.260 gr. ; — 24 = 5.580 gr.
5e mois : Oct. — 1 = 5.600 gr. ; — 7 = 5.650 gr. ; — 15 = 5.750 gr. ; — 22 = 5.830 gr.
29 = 5.750 gr.

Bronchite au début d'octobre, broncho-pneumonie le 23 octobre.

6e mois : Nov. — 7 = 5.710 gr.

Morte, le 12 novembre, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Obs. VII. — *T..., Félix.* — Né le 2 juillet 1904, à la clinique d'accouchements Baudelocque. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : 2.700 grammes.

Vacciné avec succès à Baudelocque.

Entrée à la nourricerie le 1er août 1904.

Poids à l'entrée : 3.570 grammes. Allaitement au sein maternel.

2e mois : Août. — 6 = 3.800 gr. ; — 13 = 4.020 gr. ; — 20 = 4.470 gr. ; — 27 = 4.650 gr.
3e mois : Sept. — 3 = 4.900 gr. ; — 10 = 5.270 gr. ; — 17 = 5.420 gr. ; — 24 = 5.900 gr.
4e mois : Oct. — 1 = 6.000 gr. ; — 8 = 6.020 gr. ; — 15 = 6.070 gr. ; — 22 = 6.070 gr.
29 = 6.070 gr.
5e mois : Nov. — 10 = 6.120 gr. ; — 12 = 6.090 gr. ; — 19 = 6.060 gr. ; — 26 = 6.020 gr.

Depuis le 12 novembre l'enfant a de la bronchite.

6e mois : Déc. — 3 = 6.055 gr. ; — 10 = 6.050 gr. ; — 17 = 6.000 gr.

La mère quitte la fabrique, le 17 décembre 1904.

Obs. VIII. — *L..., Gaston.* — Né à Paris, le 7 août 1904. *Premier enfant.*

Poids à la naissance : ?

Non vacciné.

Entré à la nourricerie le 29 août 1904.

Poids à l'entrée : 3.910 grammes. Allaitement au sein maternel.

2e mois : Sept. — 3 = 4.050 gr. ; — 10 = 4.300 gr. ; — 17 = 4.400 gr. ; — 24 = 4.800 gr.
Vacciné sans succès, le 27 septembre.
3e mois : Oct. — 1 = 5.020 gr. ; — 8 = 5.070 gr. ; — 15 = 5.450 gr. ; — 22 — 5.750 gr.
— — 29 = 5.920 gr. Vacciné avec succès le 22 octobre.
4e mois : Nov. — 7 = 6.250 gr. ; — 12 = 6.670 gr. ; — 19 = 6.700 gr. ; — 26 = 6.850 gr.
5e mois : Déc. — 3 = 7.250 gr. ; — 10 = 7.500 gr. ; — 17 = 7.670 gr. ; — 24 = 7.950 gr.
31 = 8.160 gr.

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1905

3 enfants, admis en 1904, étaient présents à la nourricerie au 1er janvier 1905.

7 enfants nouveaux ont été admis dans le courant de l'année.

Les 3 premiers ont quitté la nourricerie pendant l'année 1905 : un (obs. IX) ayant la coqueluche, les autres bien portants. Les 7 autres étaient encore présents le 31 décembre 1905.

Mode d'allaitement. — Tous les enfants ont été nourris au sein par leur mère.

Celles-ci nourrissaient : 6 pour la première fois ;
1 pour la deuxième fois ;
3 pour la quatrième fois.

Nous n'avons pas eu besoin d'avoir recours à l'allaitement mixte.

Un enfant (obs. X) a été sevré au 11e mois.

Réapparition des règles — Les règles chez une nourrice ont réapparu au cours du 8e mois.

Évolution dentaire. — La première dent est apparue : au 5e mois (obs. XIV), au 6e mois (obs. XII et XIII).

Marche. — Une enfant a marché seule dans le courant du 10e mois (obs. XII).

Morbidité. — Nous n'avons observé aucun cas de gastro-entérite.

1 enfant (obs. IX) a été atteint de coqueluche.

1 enfant (obs. XIII) a été atteint d'adéno-phlegmon du cou .

1 enfant (n° 18) a été atteint de bronchite légère.

OBSERVATIONS (ANNÉE 1905)

OBS. IX. — *B..., Alberto.*

Entré à la nourricerie le 30 mars 1904 (Voir statistique 1904).

11e mois : Janv. — 7 = 7.650 gr. ; — 14 = 7.650 gr. ; — 21 = 7.880 gr. ; — 28 = 8.000 gr.

12ᵉ mois : Fév. — 4 = 7.820 gr. ; — 11 = 7.850 gr. ; — 18 = 8.000 gr. ; — 25 = 8.000 gr.
Diarrhée du 30 janvier au 10 février.
L'enfant tousse depuis le 20 février.
13ᵉ mois : Mars. — 4 = 7.980 gr.
Coqueluche confirmée le 4 mars.
L'enfant quitte la nourricerie, le 4 mars 1905.
Nous avons appris qu'à la fin de juin il était en bonne santé, complètement guéri de la coqueluche.

Obs. X. — *G..., René.*
Entré à la nourricerie le 25 avil 1904 (Voir statistique 1904).

10ᵉ mois : Janv. — 7 = 7.550 gr. ; — 14 = 7.690 gr. ; — 21 = 7.750 gr. ; — 25 = 7.785 gr.
Deux bouillies par 24 heures.
11ᵉ mois : Fév. — 4 = 8.000 gr. ; — 11 = 8.020 gr. ; — 16 = 8.000 gr.
Sevrage le 16 février.
L'enfant, sevré, quitte en parfait état la nourricerie, le 16 février 1905.

Obs. XI. — *L..., Gaston.*
Entré à la nourricerie le 29 août 1904 (Voir statistique 1904).

6ᵉ mois : Janv. — 7 = 8.300 gr. ; — 14 = 8.400 gr. ; — 21 = 8.750 gr. ; — 28 = 8.900 gr.
Incisive inférieure médiane droite, le 7 janvier.
Incisive inférieure médiane gauche, le 14 janvier.
L'enfant quitte la nourricerie, bien portant, le 29 janvier 1905.

Obs. XII. — *D..., Gillette.* — Née le 25 janvier 1905, à la clinique Baudelocque.
Poids à la naissance : 3.930 grammes.
Vaccinée avec succès à Baudelocque.
Père mort d'une hémoptysie, quelques jours avant la naissance de l'enfant.
Entrée à la nourricerie le 24 février 1905. Allaitement au sein maternel. Bon état général. La mère allaite pour la quatrième fois.

1ᵉʳ mois : Fév. — 24 = 4.510 gr.
2ᵉ mois : Mars. — 4 = 4.770 gr. ; — 11 = 5.020 gr. ; — 18 = 5.150 gr. ; — 25 = 5.350 gr.
— — 31 = 5.550 gr.
3ᵉ mois : Avr. — 8 = 5.750 gr. ; — 15 = 5.800 gr. ; — 22 = 6.000 gr. ; — 29 = 6.100 gr.
4ᵉ mois : Mai. — 6 = 6.220 gr. ; — 13 = 6.370 gr. ; — 20 = 6.580 gr. ; — 27 = 6.620 gr.
5ᵉ mois : Juin. — 3 = 6.850 gr. ; — 10 = ? ; — 17 = 7.000 gr. ; — 24 = 7.100 gr.
6ᵉ mois : Juil. — 1 = 7.180 gr. ; — 8 = 7.220 gr. ; — 15 = 7.250 gr. ; — 22 = 7.300 gr.
— — 27 = 7.390 gr.
8 juillet, incisive médiane inférieure droite.
15 juillet, incisive médiane inférieure gauche.
7ᵉ mois : Août. — 5 = 7.490 gr. ; — 12 = 7.300 gr. ; — 19 = 7.450 gr. ; — 26 = 7.590 gr.

8ᵉ mois : Sept. — 2 = 7.650 gr. ; — 9 = 7.630 gr. ; — 16 = 7.730 gr. ; — 23 = 7.700 gr.
— — 30 = 7.750 gr.
10 septembre, incisive latérale inférieure gauche.
26 septembre, 2 incisives médianes supérieures.
9ᵉ mois : Oct. — 7 = 7.860 gr. ; — 14 = 7.600 gr. ; — 21 = 7.770 gr. ; — 28 = 7.890 gr.
Depuis le 7 octobre, une bouillie.
17 octobre, incisive latérale inférieure droite.
10ᵉ mois : Nov. — 4 = 8.000 gr. ; — 11 = 8.000 gr. ; — 18 = 8.160 gr. ; — 25 = 8.160 gr.
Deux bouillies.
Le 28 novembre, l'enfant marche.
11ᵉ mois : Déc. — 2 = 8.390 gr. ; — 9 = 8.430 gr. ; — 16 = 8.600 gr. ; — 23 = 8.600 gr.
Une bouillie, un œuf, un potage.
2 décembre, 2 incisives latérales supérieures.
16 décembre, 2 incisives latérales supérieures. L'enfant quitte la nourricerie le 23 décembre en excellent état.

Obs. XIII. — *L...* — Né le 18 mars 1905, chez Mme Moreau, sage-femmet agréée de la clinique Baudelocque.

Vacciné à Baudelocque.

Entré à la nourricerie le 15 avril. Allaitement au sein maternel. Bon état général.

2ᵉ mois : Avr. — 15 = 3.080 gr. ; — 22 = 3.190 gr. ; — 29 = 3.270 gr.
3ᵉ mois : Mai. — 6 = 3.390 gr. ; — 13 = 3.520 gr. ; — 20 = 3.680 gr. ; — 27 = 3.800 gr.
4ᵉ mois : Juin. — 3 = 4.140 gr. ; — 10 = 4.435 gr. ; — 17 = 4.760 gr. ; — 24 = 5.100 gr.
5ᵉ mois : Juil. — 1 = 5.350 gr. ; — 8 = 5.550 gr. ; — 17 = 5.950 gr. ; — 22 = 6.120 gr.
— — 29 = 6.270 gr.
6ᵉ mois : Août. — 5 = 6.550 gr. ; — 12 = 6.870 gr. ; — 19 = 7.220 gr. ; — 26 = 7.380 gr.
19 août, 2 incisives médianes inférieures.
7ᵉ mois : Sept. — 9 = 7.730 gr. ; — 16 = 7.850 gr. ; — 23 = 8.000 gr. ; — 30 = 8.020 gr.
8ᵉ mois : Oct. — 7 = 8.170 gr. ; — 14 = 8.220 gr. ; — 21 = 8.430 gr. ; — 28 = 8.370 gr.
14 octobre, 2 incisives médianes supérieures.
9ᵉ mois : Nov. — 4 = 8.600 gr. ; — 11 = 8.450 gr. ; — 18 = 8.400 gr. ; — 23 — 8.590 gr.
4 novembre, adéno-phlegmon au niveau de l'angle du droit maxillaire inférieur, incision le 6, guérison le 13.
Le 12 novembre, 2 incisives médianes supérieures.
Le 20 novembre, incisive latérale inférieure gauche.
Le 27 novembre, incisive latérale inférieure droite.
10ᵉ mois : Déc. — 2 = 8.800 gr. ; — 9 = 8.950 gr. ; — 16 = 9.050 gr. ; — 23 = 9.150 gr. ; — 30 = 9.300 gr.
2 décembre, une bouillie.

Obs. XIV. — *L..., Hugues.* — Né le 29 mars 1905, à la clinique Tarnier.
Vacciné à la clinique Tarnier.

Entré à la nourricerie le 17 avril 1905. Allaitement au sein maternel. Bon état général. La mère allaite pour la quatrième fois.

1ᵉʳ mois : Avril. — 22 = 3.470 gr. ; — 29 = 3.720 gr.

2e mois : Mai. — 6 = 4.000 gr. ; — 13 = 4.190 gr. ; — 20 = 4.330 gr. ; — 27 = 4.520 gr.
3e mois : Juin. — 3 = 4.680 gr. ; — 10 = 4.830 gr. ; — 17 = 4.830 gr. ; — 24 = 4.990 gr.
4e mois : Juil. — 1 = 5.170 gr. ; — 8 = 5.220 gr. ; — 17 = 5.470 gr. ; — 22 = 5.500 gr.
— — 29 = 5.500 gr.
5e mois : Août. — 5 = 5.550 gr. ; — 10 = 5.750 gr. ; — 19 = 5.870 gr. ; — 26 = 5.900 gr.
19 août, 2 incisives médianes inférieures.
6e mois : Sept. — 9 = 6.050 gr. ; — 16 = 6.080 gr. ; — 23 = 6.100 gr. ; — 30 = 6.110 gr.
7e mois : Oct. — 7 = 6.170 gr. ; — 14 = 6.250 gr. ; — 21 = 6.150 gr. ; — 28 = 6.250 gr.
8e mois : Nov. — 4 = 6.180 gr. ; — 11 = 6.370 gr. ; — 18 = 6.370 gr. ; — 25 = 6.470 gr.
17 novembre, incisive médiane supérieure gauche.
29 novembre, incisive médiane supérieure droite.
9e mois : Déc. — 2 = 6.540 gr. ; — 9 = 6.610 gr. ; — 16 = 6.500 gr. ; — 23 = 6.600 gr.
— — 30 = 6.750 gr.
2 décembre, une bouillie.

Obs. XV. — *B..., Marthe.* — Née à Paris, le 12 mai 1905.

Non vaccinée.

Entrée à la nourricerie le 30 mai 1905. Allaitement au sein maternel. Bon état général. La mère allaite pour la deuxième fois.

2e mois : Juin. — 3 = 4.270 gr. ; — 10 = 4.450 gr. ; — 17 = 4.680 gr. ; — 24 = 5.030 gr.
3e mois : Juil. — 1 = 5.320 gr. ; — 8 = 5.580 gr. ; — 17 = 5.850 gr. ; — 22 = 5.920 gr.
— — 29 = 6.200 gr.
Vacciné avec succès, le 29 juillet.
4e mois : Août. — 5 = 6.370 gr. ; — 10 = 6.480 gr. ; — 19 = 6.650 gr. ; — 26 = 6.800 gr.
5e mois : Sept. — 2 = 7.020 gr. ; — 9 = 7.050 gr. ; — 16 = 7.170 gr. ; — 23 = 7.250 gr.
— — 30 = 7.360 gr.
6e mois : Oct. — 7 = 7.540 gr. ; — 14 = 7.650 gr. ; — 21 = 7.430 gr. ; — 28 = 7.650 gr.
7e mois : Nov. — 4 = 7.790 gr. ; — 11 = 7.950 gr. ; — 18 = 8.100 gr. ; — 29 = 8.250 gr.
8e mois : Déc. — 2 = 8.220 gr. ; — 9 = 8.250 gr. ; — 16 = 8.350 gr. ; — 23 = 8.420 gr.
— — 30 = 8.450 gr.
16 décembre, une bouillie. Mère réglée pour la première fois du 21 au 25.

Obs. XVI. — *B..., Roger.* — Né le 10 juin 1905, à Limoges.

Non vacciné.

Entré à la nourricerie le 1er août 1905. Allaitement au sein maternel. Bon état général.

3e mois : Août. — 5 = 5.000 gr. ; — 10 = 5.200 gr. ; — 19 = 5.390 gr. ; — 26 = 5.520 gr.
Vacciné avec succès, le 7 août.
4e mois : Sept. — 2 = 5.770 gr. ; — 9 = 5.900 gr. ; — 16 = 6.050 gr. ; — 23 = 6.150 gr.
— — 30 = 6.270 gr.
5e mois : Oct. — 7 = 6.500 gr. ; — 14 = 6.600 gr. ; — 21 = 6.690 gr. ; — 28 = 6.800 gr.
6e mois : Nov. — 4 = 7.000 gr. ; — 11 = 7.080 gr. ; — 18 = 6 970 gr. ; — 26 = 7.150 gr.
7e mois : Déc. — 2 = 7.300 gr. ; — 9 = 7.400 gr. ; — 16 = 7.520 gr. ; — 23 = 7.670 gr.
— — 30 = 7.650 gr.

Obs. XVII. — *N...*, *Carmen*. — Née le 4 août, à la clinique Baudelocque.

Poids à la naissance : 2.920 grammes.

Vaccinée à Baudelocque.

Entrée à la nourricerie le 21 août. Allaitement au sein maternel. Bon état général. La mère allaite pour la quatrième fois.

1er mois : Août. — 26 = 2.930 gr.
2e mois : Sept. — 2 = 3.150 gr. ; — 9 = 3.320 gr. ; — 16 = 3.450 gr. ; — 23 = 3.610 gr.
— — 30 = 3.700 gr.
3e mois : Oct. — 7 = 3.800 gr. ; — 14 = 4.000 gr. ; — 21 = 4.110 gr. ; — 28 = 4.200 gr.
4e mois : Nov. — 4 = 4.360 gr. ; — 11 = 4.550 gr. ; — 18 = 4.700 gr. ; — 25 = 4.870 gr.
5e mois : Déc. — 2 = 5.250 gr. ; — 9 = 5.290 gr. ; — 16 = 5.220 gr. ; — 23 = 5.420 gr.
— — 30 = 5.620 gr.

Obs. XVIII. — *R...*, *Georges*. — Né le 22 septembre 1905, chez Mlle Bargeron, sage-femme, agréée de la clinique Baudelocque.

Vacciné à Baudelocque.

Entré à la nourricerie le 9 octobre 1905. Allaitement au sein maternel. Bon état général.

2e mois : Oct. — 14 = 3.950 gr. ; — 21 = 4.220 gr. ; — 28 = 4.310 gr.
3e mois : Nov. — 4 = 4.530 gr. ; — 11 = 4.820 gr. ; — 18 = 5.090 gr. ; — 25 = 5.300 gr
4e mois : Déc. — 2 = 5.690 gr. ; — 9 = 5.690 gr. ; — 16 = 5.810 gr. ; — 23 = 5.870 gr.
— — 30 — 5.850 gr.
Bronchite du 23 au 30.

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE LA NOURRICERIE J. HAYEM

147, *Boulevard Voltaire*, *Paris*.

ANNÉES	NOMBRE D'ENFANTS	ALLAITEMENT		MORTALITÉ TOTALE	MORTALITÉ PAR GASTRO-ENTÉRITE		MORTALITÉ PAR autres causes
		AU SEIN	ARTIFICIEL		SEIN	BIBERON	
1904	8	8	0	1	0	0	1
1905	10	10	0	0	0	0	0

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE

Séance du 9 octobre 1905 (fin).

M. V. Le Lorier. — **Hystérectomie abdominale totale pour putréfaction fœtale et rigidité du col au terme de la grossesse. Guérison.**

Femme Vpare, à terme. Rupture prématurée des membranes six jours avant l'entrée dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

A l'entrée, on constate que le fœtus est mort, qu'un liquide fétide s'écoule de l'utérus : Temp. 38°,8; pouls, 100; facies terreux. Urines albumineuses. L'utérus n'est pas sonore à la percussion.

Au toucher on trouve un col ayant toute sa longueur, mais lorsqu'on arrive à l'orifice interne, on sent l'extrémité de l'index cerclée par un anneau extrêmement dur, presque tranchant, donnant la sensation d'un trou régulier qui serait creusé dans une portion osseuse du crâne fœtal. Ce trou laisse difficilement passer l'index et donne l'impression que toute tentative de dilatation serait vaine et dangereuse. A travers cet anneau on arrive sur la présentation (sommet) et, en soulevant la tête, il s'écoule un liquide sanieux, ayant absolument l'odeur d'un cadavre en putréfaction. Le bassin est normal, la tête non engagée.

MM. Le Lorier et Herrenschmidt décident de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Fermeture préalable du col par les sutures à la soie. Laparotomie et hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal du pelvis (drains et mèches), pas de drainage abdominal. Guérison sans incidents.

Le fœtus pesait 3.200 grammes, le placenta 500; le fœtus n'était pas très altéré, mais le placenta était entièrement putréfié. Il n'existait, au niveau de l'orifice interne, aucune modification de structure, comme un examen clinique répété à diverses reprises et à intervalles espacés, par deux observateurs différents, l'avait fait supposer (1).

Séance du 13 novembre 1905.

M. Potocki et M. René Quinton. — **L'eau de mer en injections isotoniques sous-cutanées chez les athrepsiques et les prématurés.** — L'efficacité des injections sous-cutanées d'eau de mer isotonique en thérapeutique infantile et leur supériorité sur les injections de sérum artificiel résultent déjà de travaux portant sur un ensemble de 49 cas. Six observations nouvelles confirment ces effets. Ce ne sont pas des cas heureux choisis entre d'autres, mais les seuls qu'il nous ait été donné d'observer à nouveau. Sur ces 6 cas, 4 au moins se réfèrent à des enfants dont l'état était aussi critique que possible. Chez 2 d'entre eux, les

---

(1) Voir la note complémentaire page 44.

médications classiques avaient été épuisées sans pouvoir enrayer l'évolution morbide ; chez l'un en particulier, diète, régime hydrique, bouillon de légumes, changement de nourrice, lait d'ânesse, laxatifs, lavages d'estomac, d'intestin, injections de sérum artificiel, tout avait été tenté méthodiquement et vainement.

Or, chez nos 6 sujets, l'injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique a été suivie d'une amélioration si brusque qu'il nous paraît qu'aucun doute ne peut subsister sur son action spécifique. La chute de poids est arrêtée ; les phénomènes de gastrite, d'entérite, d'ictère, d'athrepsie, d'asthénie s'atténuent en général dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention marine, puis continuent à s'amender. Le poids remonte rapidement. Le rétablissement est complet. L'injection d'eau de mer, isolée des autres facteurs thérapeutiques, est bien seule en cause dans ces observations. Bien mieux, chez l'un de nos sujets, une entérite spécialement grave (15 à 17 selles par jour depuis plus de trois semaines) est enrayée en quelques jours, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la diète ni au régime hydrique.

La perte de poids, qui avait été en moyenne, avant l'intervention marine, de 41 grammes par jour et par enfant dans l'ensemble de nos 6 observations, se transforme en un gain moyen et quotidien de 18 grammes pendant la période des injections de mer, de 30 grammes après les injections, chiffres moyens basés sur 375 journées d'expériences : 116 avant les injections marines, 136 pendant, 123 après.

Nous attirerons l'attention sur les doses employées. Nos doses les plus faibles, chez deux prématurés, pesant l'un 1.310, l'autre 1.550 grammes, ont été de 10 centimètres cubes tous les deux jours. Chez les enfants de 3 à 5 kilogrammes, nous avons injecté 30, 40, 50 et jusqu'à 60 centimètres cubes tous les deux jours et même tous les jours. Au premier abord, ces doses pourront paraître excessives et même dangereuses aux yeux de quelques praticiens insuffisamment renseignés sur l'hypodermie marine. Aussi nous hâterons-nous d'ajouter que, non seulement elles ne présentent aucune nocuité, qu'elles ne sont suivies d'aucune intolérance, qu'elles n'ont déterminé, au moins dans nos observations, aucun œdème par rétention, mais qu'elles nous semblent nécessaires à l'obtention des résultats thérapeutiques.

De même la question de la qualité de l'eau de mer à utiliser présente une grande importance. L'eau de mer que nous injections était captée au large à 10 mètres de profondeur, par les soins de M. le professeur Jolyet, directeur de la Station biologique d'Arcachon. Elle était ramenée à l'isotonie par addition d'eau de source très pure, stérilisée ensuite à froid au filtre Chamberland, en dehors de tout contact de métal et de caoutchouc, et utilisée dans les quinze jours ou au plus tard dans les trois semaines qui suivaient sa captation. Ces détails sont d'une importance de premier ordre, car, recueillie près des côtes habitées, diluée sans précaution, stérilisée à l'autoclave, employée trop longtemps après sa capture, l'eau de mer ne possède plus ses qualités physiologiques.

A. Doléris. — **Traitement intégral de l'infection puerpérale.** — I. Traitement utérin. — Je trouve regrettable qu'on ait fait du curettage de l'utérus infecté le pivot de la discussion (1). Si, encore aujourd'hui, le curettage a des détracteurs, c'est qu'on lui demande plus qu'il ne peut donner ; c'est surtout parce qu'on oublie trop souvent que c'est un moyen de valeur précisément au début des accidents infectieux, et que son efficacité s'amoindrit au fur et à mesure que le temps s'écoule et que les lésions s'étendent de l'utérus aux organes profonds, que l'instrument ne saurait atteindre.

Les motifs de critique ou d'approbation sont trop souvent, malheureusement, en dehors du médecin lui-même. Je parle des cas d'infection suraiguë, à forme rapidement extensive, et de ceux dans lesquels un organisme cachectisé, un terrain déchu sont impropres à lutter contre une infection.

Enfin, pour nous, accoucheurs chargés de services hospitaliers, les faits se dédoublent encore, de telle sorte qu'il nous faut trancher nettement entre les femmes qui nous sont apportées infectées dans des conditions tellement imprécises que nous ne savons ni comment, ni depuis quand, ni pour quelle cause, la septicité est apparue, et celles qu'il nous est donné d'observer dès l'accouchement dans nos services et chez lesquelles nous pouvons dépister les premiers symptômes d'infection.

La thérapeutique antiseptique intra-utérine nous apparaît pour les premières comme une nécessité rationnelle, et le curettage s'impose à nous comme l'unique moyen d'évacuer les débris de caduque, les fragments placentaires putréfiés, s'il en existe, ce que nous ignorons toujours. Sans la curette, comment prendre connaissance du contenu adhérent de la cavité utérine ?

L'indication de détruire et d'enlever promptement et en totalité les tissus infectés de l'utérus gravide a été formulée il y a vingt ans environ. J'aurais à reprendre la question de principe, aujourd'hui, que je ne trouverais rien ou presque rien à ajouter à ce que j'ai proposé alors.

C'est à l'occasion du curettage dans la rétention du placenta abortif que je fis connaître les premiers cas d'endométrite septique post partum traités de la sorte. Je me permets de faire remarquer que je précisais : *endométrite septique*. C'était bien la lésion muqueuse exclusivement, la lésion localisée ou supposée telle, que j'envisageais, quand je disais que, si l'on pouvait différer dans certains autres cas, dans l'infection post-partum, au contraire, plus l'intervention était prompte et plus le résultat devait être heureux et certain.

Je n'ignore pas que le lavage utérin bien fait et répété peut avoir quelquefois raison d'une infection initiale, la modérer tout au moins ; mais quelle garantie, quelle sécurité incertaines si on compare cette pratique à l'autre !

Mon expérience me permet de dire que ces critiques sont mal fondées. On peut préférer le doigt, on peut agir avec tel ou tel genre d'instruments, l'essentiel étant de débarrasser entièrement et promptement la surface de l'utérus des tissus mortifiés et septiques, mais on ne peut pas mieux faire, ce me

(1) Voir séances précédentes. *Ann. de Gyn.*, décembre 1905.

semble, qu'avec la technique que j'emploie, qui comporte une série d'opérations successives dans lesquelles la curette joue son rôle, mais non un rôle exclusif. En deux mots : 1° très complète dilatation du col avec les bougies d'Hégar ; 2° abrasion méthodique des débris infectés de la muqueuse avec une très large curette mince à boucle arrondie et à grand rayon, dont le modèle est connu ; 3° écouvillonnage de la cavité ; 4° injection antiseptique prolongée, que maintenant je termine par une injection d'alcool pur, 200 grammes environ ; 5° tamponnement utérin avec de la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée ; 6° au besoin tubage ; 7° après l'antisepsie soigneuse de la cavité utérine, antisepsie soigneuse de tout traumatisme génital infecté.

Dans de pareilles conditions on ne peut pas produire de perforations ; je n'en ai jamais produit ni constaté dans mon service ou ma pratique.

Pas davantage on n'ouvre de voies à l'infection par le dépouillement de la surface utérine, puisque toutes les précautions sont prises pour la protéger, une fois nettoyée, par une puissante antisepsie permanente, si quelque débris septique a pu échapper par mégarde.

Et puis, je ne vois pas comment on pourrait ouvrir moins de voies à l'infection avec l'ongle ou avec un écouvillon dur qu'avec une curette. Condamner celle-ci pour la raison qu'on donne, c'est condamner la méthode d'intervention elle-même et revenir à l'expectation pure et simple d'autrefois ou à la pratique exclusive des injections, qui ne répondent qu'à une catégorie de cas et laissent trop de place à l'insécurité dans un grand nombre de circonstances, notamment quand il s'agit de femmes qui arrivent de la ville à nos Maternités, déjà infectées et souvent profondément atteintes.

Pour ces derniers cas, le curettage ne suffit pas ; il faut surveiller la marche extensive des lésions, les surprendre à leur début dans les annexes, dans le bassin, en surveiller la marche et leur appliquer un traitement rationnel au moment opportun.

Ma statistique personnelle porte sur dix années et comprend 5.145 entrées, tant en accouchements qu'en avortements, dans les services de la Maternité de la Pitié et de l'hôpital Boucicaut, que j'ai dirigés de 1895 à 1905.

1° *Infection.*

1° Sur 5.145 entrées :	accouchements à terme,	4.606 ; infections.	123
—	: avortements	539 ; infections.	254
		Total.	377

2° La proportion des infections par rapport à la totalité des entrées, accouchements et avortements compris, est de 377 sur 5.145, soit 7,3 p. 100.

3° La proportion des infections post partum est de 123 sur 4.606 accouchées à terme, soit 2,6 p. 100.

4° La proportion des infections post abortum est de 254 sur 539 avortements, soit 47 p. 100.

2° *Mortalité.*

Je considérerai successivement la mortalité dans les accouchements à terme et dans les avortements.

A. *Accouchements à terme.* — 1° Sur les 100 infectées post partum du service, 5 morts, soit 5 p. 100.

2° Sur les 23 infectées venues de l'extérieur, 7 morts, soit 30 p. 100.

En rapportant ces chiffres au nombre des accouchements à terme, on a :

Sur la totalité des 4.606 accouchées à terme, 12 morts, soit 0,25 p. 100.

Sur les 4.583 accouchées du service, 5 morts, soit 0,10 p. 100.

C'est ce dernier chiffre de 0,10 p. 100, en somme, qu'il importe de retenir, puisqu'il représente la proportion des cas que nous avons vus évoluer, et pour lesquels il semble que, contrairement à ce qui a lieu pour les accouchées de la salle, infectées plus ou moins profondément ici, nous ayons eu à notre disposition, dès le premier moment de l'infection, tous les moyens, toutes les ressources de l'antisepsie intégrale.

Cependant il n'en est pas ainsi et ce chiffre de 5 morts est susceptible d'une atténuation qui va de soi dès qu'on parcourt les observations.

On voit en effet que la totalité des infectées est divisée, dans la statistique qui précède, en deux groupes : les femmes infectées hors du service et venues malades de la ville avec un travail avancé, et les femmes entrées dans le service au début du travail. Je précise ces détails car leur omission pourrait donner lieu à une équivoque.

On voudra bien remarquer que cette division en deux catégories d'infectées n'exclut pas la possibilité d'une contamination antérieure à l'entrée des malades qui sont classées comme ayant *accouché dans le service*. Or il résulte des faits que, sur les 5 cas de morts observés sur des entrantes réellement accouchées à la Maternité, toutes étaient en travail au moment de leur entrée; chez deux, les membranes étaient rompues avant leur arrivée, depuis un temps variable. Chez une troisième, les membranes sont rompues et le liquide amniotique est fétide. La quatrième entre avec de la fièvre, 38°; c'est une cardiaque grave, qui a eu des hémorragies pendant la grossesse. Enfin la cinquième est une coxalgique, dont les trois premiers enfants sont morts peu après la naissance, qui a vomi pendant les deux derniers mois de sa grossesse et qui accouche prématurément à 8 mois et demi. Je pourrais encore ajouter que les deux premières sont des tarées, sans résistance, l'une avec de l'œdème variqueux chronique des membres inférieurs, l'autre fille de père et mère tuberculeux, ayant perdu deux frères de tuberculose. Enfin je pourrais incriminer surtout la conduite qui a été suivie, dans la technique du traitement et dans la pratique de deux périnéorrhaphies immédiates qui ont suppuré, par un interne peu au courant dans un cas, par une sage-femme du service daus un autre cas, s'il ne me convenait plutôt de m'interdire toute récrimination pour des fautes et des empiétements qui ont mérité des sanctions sévères.

Mais ce qu'il m'importe de faire surtout ressortir, afin de rester d'accord avec mes propres principes, ceux-là mêmes sur lesquels j'ai fort insisté au début, c'est que, dans un cas, le curettage a été systématiquement retardé au dixième jour après le début constaté de l'élévation thermique et qu'on s'est contenté de lavages intra-utérins fréquents, qui n'ont donné aucun résultat. Il s'agit précisément de la cardiaque entrée en travail et avec de la fièvre.

Pour toutes ces raisons, auxquelles j'en pourrais ajouter d'autres qui peut-être pourraient paraître moins plausibles, c'est 2 et même 3 malades qu'il faudrait retrancher des 5 qui constituent le total de la mortalité des femmes considérées comme accouchées du service. On voit dès lors que le pourcentage de mortalité de 0,1 p. 100, déjà fort peu élevé, s'élèverait à peine à 0,04 ou 0,05 p. 100.

Des femmes acceptées dans le service et arrivant de la ville accouchées et infectées, j'ai peu à ajouter après ce que j'en ai dit en commençant.

Toutes ces malades pouvaient, sauf deux, être considérées comme perdues; en tous cas, nous savons que peu de moyens étaient à notre disposition pour tenter de les sauver.

Toutes étaient accouchées depuis 2, 3, 5 jours, avaient subi des examens ou des tentatives opératoires. Une seule n'était pas totalement délivrée, mais on avait pratiqué une version et on avait laissé la tête de l'enfant dans le bassin. Une avait conservé un placenta entièrement putréfié, après rupture du cordon et tentatives de délivrance artificielle en ville ; elle arrive, cyanosée, dyspnéique, profondément intoxiquée et meurt de septicémie gazeuse quasi foudroyante. Une, après avoir frappé inutilement à la porte de

plusieurs hôpitaux, en plein hiver, nous arrive lamentable, sidérée, et meurt deux heures après. Deux seulement auraient conservé quelques chances d'échapper à la mort ; et dans ces deux cas, fort malheureusement à mon avis, la pratique du *traitement intégral habituel* fut abandonnée, une fois avec mon consentement, une fois pendant une de mes absences par congé. Ce n'est pas le seul cas où j'aie tenté de simplifier la méthode de traitement par la suppression du curettage; c'est le seul, à la vérité, où un désastre a suivi cette velléité expérimentale qui allait contre des convictions que, parfois, je me laissais aller à trouver peut-être excessives.

B. *Avortements.* — Je ne veux pas, à dessein, confondre l'infection qui suit l'avortement avec l'infection des suites de l'accouchement à terme, précisément parce qu'il s'agit du curettage et parce que cette opération, discutée dans le premier cas, ne saurait l'être dans le dernier, étant donné la fréquence de la rétention des débris placentaires qui justifie l'évacuation de parti pris de la cavité utérine.

Dans les 10 années d'observations relevées dans ma statistique je trouve :

Entrées pour avortement . . . . , ...	539
Infection avérée avec rétention des débris placentaires altérés . . .	254
Soit une proportion de 43 p. 100.	

Le curettage a été pratiqué dans les 539 cas, presque sans exception, en raison de l'hémorragie ou du doute sur la réalité de la rétention partielle de l'œuf; mais je n'ai voulu noter ici que les cas qui ont nécessité le curettage pour infection avérée.

La statistique porte 7 morts, ce qui donne une proportion de 1,4 p. 100 par rapport à la totalité des avortements et de 2,75 p. 100 par rapport aux cas d'infection.

Il n'y a pas à être surpris de ce chiffre, étant donné la façon dont il faut considérer l'avortement à notre époque. J'ai de bonnes raisons pour rester persuadé que bon nombre sont provoqués. Dès lors, la question des moyens employés par des tiers ignorants et malpropres ou par les femmes elles-mêmes, comme j'en possède des cas assez nombreux, suffit à justifier les nombreux accidents observés.

II. Traitement des lésions extra-utérines. — Le curettage, moyen infidèle quand les lésions ont gagné en profondeur, est souvent *sans indication* quand l'infection est localisée hors de l'utérus, dans le péritoine, dans les muqueuses, dans le paramétrium.

Il faut supposer tout d'abord que la localisation pelvienne, si sérieuse qu'elle puisse être, a dû s'opérer dans un délai relativement assez long, et qu'en tout cas l'état général n'a pas été influencé au delà de la dose de résistance de l'organisme. Dans de telles conditions, il y a, à la fois, indication et nécessité d'aider à la lutte du terrain contre l'infection et à soutenir l'organisme dans sa défense. Ce n'est donc pas au curettage que peut échoir le rôle de traitement héroïque, c'est à un autre genre d'intervention.

1° *Colpotomie.* — La colpotomie n'a d'indications précises qu'autant que les foyers pelviens sont manifestement abcédés et qu'une limitation assez nette des tumeurs qui les constituent reste possible. C'est assez dire que c'est seulement dans le Douglas et sur les annexes formant des kystes suppurés que l'on peut agir au moyen d'incisions susceptibles de donner une large issue aux liquides septiques; encore faut-il que les foyers soient accessibles par la voie vaginale, ce qui n'arrive guère que dans les cas où l'infection survient après une involution déjà accentuée qui a réduit le volume de l'utérus de moitié ou des deux tiers au moins, jusqu'à en faire un organe redevenu pelvien, ayant

entraîné les annexes dans son mouvement de descente. Rien d'étonnant que la colpotomie trouve plutôt son indication dans les infections post abortum, où les conditions susdites sont généralement réalisées.

Je l'ai pratiquée dans vingt-deux cas de suppuration chaude des annexes compliquée d'exsudat septique abondant dans la poche de Douglas, à la suite d'avortements de deux à cinq mois: plusieurs fois avec rétroversion adhérente de l'utérus; d'autres fois, alors même que le siège élevé des lésions semblait contre-indiquer la voie vaginale et devoir faire donner la préférence à la laparotomie. Mais il s'agissait de poches qui me paraissaient très bien limitées et possibles à atteindre, à la condition d'agir avec prudence.

Le résultat a été bon dans tous les cas, sauf dans un seul où l'infection générale triompha de la résistance de l'organisme et où un état chronique prolongé succéda à l'état aigu.

Dans les infections post partum j'ai eu recours à la colpotomie cinq fois. Dans quatre cas seulement, j'ai évacué une quantité assez abondante de sérosité très louche ou de pus accumulé dans le Douglas, sans pouvoir atteindre de poches limitées dans la zone annexielle, poches qui sans doute n'existaient pas. Le soulagement a été immédiat et la guérison a été obtenue.

Dans un cinquième cas, il apparaissait manifestement que des tumeurs enkystées et suppurées, dont l'une haut placée au-dessus du bassin, pouvaient être ouvertes par la voie vaginale ; j'en pratiquai l'ouverture fort heureusement, mais en deux temps successifs, l'un des abcès s'étant montré à une date assez éloignée de l'apparition du premier.

2° *Laparatomie d'attente dans la période d'infection aiguë.* — C'est lorsque l'infection progresse du bassin vers l'abdomen et que, dans cette marche ascensionnelle, elle menace d'envahir le péritoine tout entier au point de rendre impraticable toute intervention directe, qu'il importe de l'arrêter avant qu'il ne soit trop tard. Il faut reconnaître que la laparotomie court le risque d'échouer contre une infection qui s'affirmerait par une généralisation rapide à la totalité de la séreuse. Il faut encore quelque chose de plus sans doute pour aider à la probabilité du succès, c'est l'allure relativement lente et mesurée des lésions. J'ai fait allusion aux cas que j'ai opérés, d'abord dans mon rapport au Congrès de Madrid et plus tard dans divers écrits. Ces faits sont au nombre de trois. Il s'agit d'avortements provoqués dans deux cas et dans le troisième d'une péritonite provoquée par une infection post-abortive dont l'origine nous a échappé. Voici l'observation du cas le plus grave et aussi le plus intéressant des trois.

X... a provoqué un avortement au moyen de l'introduction d'une canule à lavements dans le col utérin et l'injection d'une certaine quantité d'eau. Douleurs utérines violentes, qui finissent par s'apaiser au bout de quelques jours, durant lesquels l'utérus s'est évacué.

Reprise des douleurs du côté droit de l'hypogastre ; l'utérus est gros, rétroversé, le col encore entr'ouvert. Tuméfaction douloureuse à droite, du volume d'une orange, tendant la région iliaque. Aucun trouble du côté du rectum ; pas de tension dans le Douglas. La lésion paraissant stationnaire, on attend une semaine, au cours de laquelle une série de poussées successives se produisent avec hyperthermie passagère allant jusqu'à 40°,2.

Le facies s'altère progressivement; la région iliaque est saillante; défense de la paroi; vive douleur à lapression; état nauséeux; dyspnée. En quarante-huit heures, toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est le siège d'une forte tension, qui dégénère rapidement en un véritable tympanisme, derrière lequel on soupçonne l'existence d'un vaste exsudat qui paraît vaguement enkysté.

La situation a empiré lentement; le processus infectieux a mis exactement trois semaines à se développer, mais l'état de la malade est très grave.

Je pratiquai la laparotomie et voici le détail des lésions observées.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une certaine quantité de sérosité louche, citrine foncée, sanguinolente; le péritoine pariétal est à peu près libre d'adhérences. Je tombe de suite sur une masse uniforme dont la paroi antérieure est formée par le tablier épiploïque étalé, fort distendu, soudé en bas et sur les côtés au péritoine pariétal. Au-dessous de l'épiploon, on voit par transparence les saillies de l'intestin très vascularisé et globuleux. Dans l'intervalle des bosselures intestinales, poches séro-fibrineuses et fibrino-purulentes, que l'index crève à la moindre pression.

La détersion prudente de ces loges, ayant chacune le volume d'un œuf à une pomme d'api, limitées par de minces toiles pseudo-membraneuses, me conduit sur la trompe droite. Le pavillon de celle-ci est distendu, à parois minces, et semble tout d'abord une poche séro-purulente; ouverte, elle laisse échapper un caillot fibrineux opaque. Les franges du pavillon apparaissent alors étalées, élargies, épaisses, de coloration écarlate et striées de tractus exsudatifs crémeux purulents. De tous côtés, les anses intestinales, lutées par le même exsudat, crémeux, forment un gâteau compact, qui s'étend fort au-dessus de l'aire pelvienne.

A gauche, la trompe est située plus bas et occupe exactement le niveau du détroit supérieur du bassin. Tandis que je la dégage doucement, elle s'ouvre spontanément et laisse écouler environ un verre à bordeaux de liquide purulent assez fluide. Même aspect que la trompe droite. Dans la région ombilicale de l'abdomen, l'intestin est météorisé, un peu vasculaire et tomenteux, mais avec très peu d'exsudat à sa surface; tandis que, dans la zone hypogastrique, il est rougeâtre, épaissi; ses parois sont dépolies et striées de pus. Une fois l'ouverture et la détersion de tous les foyers abcédés effectuées lentement et doucement, en évitant de déplacer les organes, je place trois gros drains en caoutchouc enveloppés de gaze iodoformée, à droite, à gauche et en bas; leurs extrémités réunies viennent sortir à l'angle inférieur de la plaie. Je ne suture que la moitié supérieure de celle-ci, laissant une large ouverture en bas pour le passage des drains.

Le soir la température est tombée de 40° à 37°,8. Le pouls est régulier, assez bien frappé; il n'y a plus ni nausées, ni dyspnée; le facies, altéré et livide avant l'opération, est redevenu calme et meilleur. Le ventre redevient un peu plus souple.

Le lendemain, la malade a vomi et a du hoquet; elle urine. T. matin: 37°,2; soir: 38°,4. P. entre 120 et 140. Pas de gaz malgré la sonde; tension légère de l'abdomen; langue humide. Injection de 650 grammes de sérum dans la journée. Champagne.

Le surlendemain, état stationnaire; les yeux sont cependant un peu plus cernés; pouls fréquent et petit, crises de hoquet; pas de nausées; abattement. T. 37°,8, 38°,2.

Le troisième jour, teinte jaunâtre de la sclérotique, hoquet persistant, qui occasionne de vives douleurs abdominales; nausées; deux vomissements. Néanmoins, langue humide. T., 37°,8, 37°,6. Pouls, comme la veille. 300 grammes de sérum.

Le quatrième jour, même état incertain, température peu élevée, pouls rapide, abattement, alimentation impossible, avec la persistance du hoquet et de quelques vomissements bilieux. Ni selles ni gaz, malgré le tube rectal. A 4 heures du soir, injection d'un centimètre cube de solution de collargol à 1 p. 100 dans la médiane basilique. Dans la soirée 300 grammes de sérum.

Le cinquième jour l'état général est meilleur, elle a rendu quelques gaz; moins de tension de l'abdomen. T: 37°,6. Pouls toujours fréquent, mais plus fort. Comme alimentation, la malade n'a fait que sucer de petits morceaux de glace et a reçu un litre de sérum environ en injections. Les vomissements ont disparu ainsi que le hoquet. A 4 heures du soir, on fait une deuxième injection intra-veineuse de 1 centimètre cube de collargol.

Le sixième jour, l'état général s'est beaucoup amélioré et à partir de ce jour la marche a été régulière, les selles normales; il n'y a plus aucune tension ni du côté de l'abdomen ni du côté du vagin.

Exactement au bout d'un mois, la plaie abdominale était fermée. Au toucher, les culs-de-sac étaient souples ; un peu d'empâtement, qui avait persisté jusque-là dans le cul-de-sac antérieur, a disparu totalement. L'utérus est rétrodévié ; le col est facilement mobilisable, mais le fond de l'organe est immobilisé par des adhérences.

Je découvre ce jour-là un gonflement peu douloureux, péri-articulaire, au niveau du cou-de-pied, dans la gaine musculaire antéro-externe. L'articulation est mobile, non douloureuse ; les ligaments ne sont point sensibles. La malade peut marcher. Elle sort. Les menstrues reparaissent normalement.

Deux mois plus tard, X... venait se faire réopérer de son éventration, et selon que cela serait nécessaire, suivant l'avis que je lui en avais donné, de l'annexite que je supposais devoir exister à l'état chronique.

L'examen me fit découvrir une telle amélioration, que je doutai, d'après le palper et le toucher, qu'il subsistât quelque chose des anciennes lésions.

Je pratiquai la laparotomie, pour remédier à la hernie abdominale, et j'eus tout le oisir de constater qu'il n'existait presque pas trace du processus grave dont j'avais vu si nettement les effets aigus, trois mois auparavant. Je n'eus que peu de chose à faire et je me bornai, du côté des annexes, à de la chirurgie conservatrice et à la rupture de quelques adhérences filamenteuses.

La malade guérit très simplement de sa deuxième opération ; et depuis, elle s'est parfaitement bien portée.

Les deux autres observations ressemblent tout à fait à la précédente, sauf l'intensité des phénomènes post-opératoires. La guérison fut obtenue presque sans à-coup. Je dois à la vérité de dire que l'état de ces malades était, avant l'opération, peut-être un peu moins alarmant; mais la marche progressivement aggravante du mal était tout aussi manifeste.

3° *Hystérectomie.* — Je ne veux pas rééditer ici les considérations que j'ai consignées dans deux mémoires antérieurs : l'un, au Congrès de Rome 1903, le second dans *La Gynécologie* du 15 avril 1904. J'ai rapporté deux faits personnels, dans le premier desquels mon opérée succomba au bout de sept semaines après l'opération, guérie en apparence puisqu'elle se levait, marchait, et même se promenait au dehors. Elle avait cependant conservé un foyer d'infection pleurale et elle succomba sous les premières bouffées du chloroforme, comme on se disposait à lui faire la paracentèse, pendant mon absence. La seconde succomba quelques jours après l'intervention, non de l'opération ainsi que l'autopsie le montra, mais des infections viscérales secondaires éloignées et de la toxémie généralisée.

Une restriction cependant est venue au sujet des formes phlébitiques de l'infection puerpérale, qui sembleraient justifier, mieux que la forme lymphangitique et séreuse, l'ablation de l'utérus.

Mon opinion ne détonne pas sensiblement, même aujourd'hui, sur celle de M. Pinard ; elle se rapproche néanmoins davantage de celle de M. Cortiguera.

Comme la plupart des accoucheurs, je pense que l'infection puerpérale aiguë est un Protée, à diffusion telle, à localisations si immédiates et si multiples, que rêver de l'enrayer par une opération, dès qu'elle apparaît et menace, est une illusion.

Opérer tôt, c'est agir logiquement, mais dangereusement et au mépris des notions cliniques, qui démontrent que la phase dramatique du début est souvent sujette à des chutes rapides. Opérer tard, quand tout a échoué,

c'est aller presque inutilement contre des lésions plus ou moins généralisées.

On a vu, j'ai vu des cas, à l'autopsie, dans lesquels les recherches les plus minutieuses n'ont montré aucune lésion, aucune trace de lésion, dans les viscères pelviens, abdominaux, thoraciques, encéphaliques, etc., sauf un abcès minuscule dans l'utérus. Il ne s'agit pas ici des formes foudroyantes qui tuent sans lésions, mais de formes prolongées, huit, dix, douze, quinze jours, dans lesquelles l'organisme a lutté, a résisté à tous les assauts, et a été vaincu finalement par ce foyer minuscule d'un poison qu'on aurait pu enlever à temps. Je répète que j'ai observé quelques très rares cas, mais deux au moins depuis six ans, où j'ai eu l'impression que j'aurais pu sauver la malade. L'infection avait disparu de la cavité utérine assainie par le traitement approprié, le foyer était intra-pariétal, dans un lymphatique ou dans un sinus veineux.

L'intervention, dans les avortements septiques, est un autre champ de recherches qui, sans doute, fournira ses indications spéciales.

Séance du 11 *décembre* 1905.

M. F. Lalesque. — **Les injections sous-cutanées d'eau de mer en thérapeutique infantile.** — Deux observâtions nouvelles viennent confirmer les résultats déjà publiés. L'une d'elles paraît bien montrer l'action véritablement spécifique de l'eau de mer en thérapeutique infantile. Les divers traitements institués avant l'injection : bains tièdes, frictions à l'eau de Cologne, à la térébenthine, purgations, bains sinapisés, étaient restés sans influence sur l'état de l'enfant, qui n'avait cessé de s'aggraver. L'injection d'eau de mer n'avait été tentée qu'à la dernière extrémité et, on peut le dire, sans espoir. Or, elle fut suivie d'une amélioration si brusque, d'un réveil si immédiat et si durable de toutes les fonctions qu'il ne nous semble pas que son action puisse être un moment contestée. Nos deux observations offrent d'ailleurs une telle concordance avec celles que MM. Lachèze et Quinton, O. Macé, Potocki ont déjà publiées, qu'elles s'encadrent avec elles dans un groupe de faits qui paraissent être aujourd'hui définitivement classés et dont l'ensemble constitue le meilleur plaidoyer en faveur de l'emploi de l'eau de mer chez les enfants.

Je me permettrai d'attirer l'attention sur les doses employées. Chez le premier enfant, les injections furent de 10 centimètres cubes tous les jours. Chez le deuxième, dont le poids était tombé cependant à 2 kgr. 300, elles purent être de 50 centimètres cubes tous les deux jours, non seulement sans inconvénient, mais avec les avantages qu'on a vus. Ces faits confirment encore les conclusions des auteurs précédemment cités sur la nécessité « d'utiliser largement l'eau de mer si l'on veut lui voir produire ses effets ».

Discussion sur un cas d'hystérectomie abdominale totale pour putréfaction fœtale et sténose du col.

M. LE LORIER.—(Note complémentaire (1). L'utérus, après son ablation, a été vidé de

(1) Voir page 35.

son contenu (fœtus, placenta et membranes) par une incision de sa paroi antérieure et plongé ensuite dans l'alcool à 90°.

Les coupes sont faites soit parallèlement à l'axe du col, soit perpendiculairement à cet axe; deux sont colorées à l'hématéine-éosine, deux au picro-carmin, deux au Van Gieson.

La muqueuse ne présente pas de particularités, on trouve seulement par places un épanchement hémorragique sous-muqueux, mais peu important.

Il n'existe nulle part de tissu inodulaire, mais les fibres musculaires et conjonctives sont extrêmement dissociées et reproduisent la disposition que l'on observe dans la boule d'œdème artificielle. Il s'agit en somme d'un œdème du col, qui rend bien compte de la rigidité perçue au niveau de l'orifice interne. Rappelons que l'orifice externe était resté souple. »

M. Wallich.— J'avais été frappé, en lisant l'observation de M. Le Lorier, de voir que, alors qu'au point de vue clinique il avait constaté une induration considérable du tissu cervical, il disait que la pièce ne présentait aucune lésion et qu'il s'agissait, sans doute, d'une contracture spasmodique du col. A ce moment l'examen histologique n'avait pas encore été pratiqué. Depuis, des coupes ont été faites, sur lesquelles on peut voir un œdème considérable, dissociant les fibres musculaires et les faisceaux conjonctifs ou élastiques, une infiltration œdémateuse, enlevant au col toute souplesse et toute dilatabilité. C'est donc un cas de rigidité non pas anatomique, ou spasmodique, mais de rigidité par infiltration. Ici l'infiltration a été purement séreuse ; d'autres fois, comme dans le cas dont j'ai donné l'examen anatomique, l'infiltration est à la fois séreuse et sanguine.

M. Le Lorier a eu raison de ne pas espérer voir se dilater un pareil orifice et il a pratiqué l'hystérectomie totale. Il est permis de se demander si c'était là l'intervention de choix chez une femme infectée et présentant de la physométrie. L'opérée a guéri, mais il serait plus sûr, semble-t-il, en pareille circonstance, de pratiquer une opération de Porro.

M. Pinard. — Ce qui se passe au niveau du col utérin œdématié est comparable à ce qui se produit sous nos yeux au niveau du périnée infiltré. Tous les tissus infiltrés perdent leur élasticité et se déchirent facilement; il y a une véritable dissociation des éléments anatomiques, diminuant la résistance et expliquant l'absence d'élasticité. C'est là un fait de pathologie générale.

M. Lepage. — Il m'était resté dans l'esprit quelque doute sur la légitimité de l'intervention de M. Le Lorier. Or un fait malheureux, observé récemment à la Pitié, m'a convaincu que mes réserves étaient exagérées et qu'il était parfois utile et plus sage d'être radical.

Le 22 novembre dernier, à 3 heures du soir, on amenait dans mon service de la Pitié une femme de 35 ans qui *était en travail depuis le 18 novembre au soir.* Sa sixième grossesse se passa sans incident notable. Le travail débute dans la soirée du 18 novembre. Rupture artificielle des membranes dans la soirée du 20 novembre. A son entrée T. 39°,2. P. 122. On constate que le bras gauche, très œdématié, sort en entier de la vulve, l'épaule gauche très abaissée apparaît à la vulve.

Sous chloroforme, M. Brulé pratique l'embryotomie avec l'instrument de M. Ribemont-Dessaignes. L'opération est facile. Le fœtus *très putréfié* pèse 2.460 grammes. M. Brulé fait la délivrance artificielle. Le toucher manuel fait reconnaître une déchirure sur la paroi vaginale postérieure; cette déchirure siège très haut, presque à l'insertion du col, et correspond à l'endroit où appuyait le maxillaire inférieur du fœtus; elle ne saigne pas et ne paraît

pas récente. Pas de communication avec le rectum ni avec le Douglas. Injection intra-utérine abondante, pansement vaginal. La malade, à son réveil, a un pouls petit, fréquent, intermittent; elle se plaint de souffrir du ventre. Injection d'huile camphrée. 500 centimètres cubes de sérum artificiel. Glace sur le ventre.

23 novembre. — Dans la nuit, vomissements. Pouls petit, fréquent, irrégulier, 140 : température : 37°,6. Les traits sont tirés, les ailes du nez battent à chaque inspiration. Respiration fréquente. L'abdomen est ballonné et douloureux à la pression; pas d'épanchement appréciable à la percussion. La femme éprouve des douleurs vives et disséminées dans tout l'abdomen. Cet état paraît presque désespéré et est dû soit à une rupture utérine ayant passé inaperçue malgré l'exploration minutieuse qui a été faite, soit à une péritonite suraiguë.

M. Alglave, chef de clinique du prof. Terrier, est comme moi, d'avis qu'une intervention s'impose. L'opération est pratiquée par M. Alglave à midi 30, sous chloroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Mise à découvert de l'utérus. Protection du péritoine et des anses intestinales. L'utérus est soulevé à la main et examiné de toutes parts. Il est gros, du volume de deux gros poings d'adulte. Il est infiltré, très spongieux, surtout au niveau du *col*, où il donne de la crépitation gazeuse sous le doigt.

L'hystérectomie est pratiquée, en ne faisant qu'une seule masse de l'utérus et de ses annexes. L'utérus est sectionné un peu au-dessous de l'isthme utérin, et la section, qui porte d'abord sur le péritoine, laisse échapper, au moment où la séreuse est incisée, une quantité abondante de sang noir, de caillots et de gaz. Sous la séreuse on trouve la paroi antérieure de l'utérus ramollie, friable, infiltrée de sang et de gaz. Sur les côtés et en arrière ces lésions n'existent pas.

L'utérus enlevé, l'hémostase est faite sur les pédicules de l'utérine, de l'utéro-ovarienne du ligament rond. Des points de suture au catgut sont placés sur les tranches du col utérin pour les rapprocher, mais un orifice large est ménagé au centre du moignon du col, pour le passage d'un très gros drain abdomino-vaginal. Ce drain est mis à demeure et la paroi abdominale est fermée par une suture à trois plans faite au catgut et au crin de Florence.

L'opération entière a duré 25 minutes.

Dans la journée injection d'huile camphrée, 1.500 grammes de sérum artificiel. T. s., 36°,6. La malade ne reprend pas connaissance, le pouls reste filiforme et incomptable. Mort à 11 heures du soir.

L'utérus présentait, à la partie inférieure de sa face antérieure, une sorte d'œdème, d'infiltration résultant tout à la fois de la distension produite par les parties fœtales et de la putréfaction fœtale. Il n'y avait pas de rupture intra-péritonéale de l'utérus, mais une sorte de dilacération du muscle utérin ; à ce niveau il s'était produit de l'infiltration sanguine, comme l'a montré le premier coup de bistouri donné, qui donna issu à des gaz et à du sang noirâtre et fétide.

Cette femme a succombé à une septicémie suraiguë résultant de la putréfaction fœtale; il est probable qu'une opération de Porro, pratiquée au moment de son entrée, lui eût donné plus de chances de vie qu'une simple embryotomie. C'est à ce seul point de vue que j'ai voulu appeler l'attention de nos collègues sur cette observation, qui vient à l'appui de la conduite tenue par Le Lorier dans le cas heureux qu'il nous a présenté.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Je me permets de rappeler qu'à la même époque que M. Wallich, j'ai fait l'examen histologique d'un col rigide arraché par le passage du fœtus ; les fibres utérines étaient saines.

M. Pinard doit comme moi se souvenir d'une observation d'œdème du segment inférieur que nous avons vue dans son service. Ces œdèmes du col peuvent remonter très haut du côté de l'utérus et devenir une cause de rup-

ture. Pour les œdèmes du segment inférieur, nous sommes souvent avertis de leur formation quand une boule d'œdème apparaît au-dessus du pubis.

M. Pinard. — Je suis heureux d'entendre rappeler par MM. Lepage et Bouffe de Saint-Blaise ces phénomènes d'œdème de muscle utérin ; depuis bien des années, j'enseigne que, quand on voit apparaître de l'œdème sus-pubien, il faut craindre la rupture utérine. On doit intervenir dès qu'on sent un empâtement au-dessus du pubis, car cet œdème précède presque toujours l'éclatement du muscle. L'infiltration œdémateuse commence au niveau du col et envahit secondairement le segment inférieur, et peut même gagner les ligaments larges, ce qui rend l'opération plus difficile.

M. Wallich. — Je fais remarquer à notre collègue Lepage qu'il parle d'opération de Porro, alors que l'opération faite par M. Le Lorier a été une hystérectomie abdominale totale.

M. Lepage. — Si j'ai dit opération de Porro, ce n'est point par lapsus, mais bien parce que, si dans mon observation les indications d'intervenir par voie abdominale eussent été plus nettes au moment de son entrée dans le service, ce n'est point à l'hystérectomie totale que j'aurais eu recours, mais bien à l'opération de Porro ou à la subtotale ; l'opération durant le moins longtemps possible et causant le minimum de traumatisme me paraît mériter la préférence chez une femme épuisée par un travail de quatre jours et présentant des phénomènes d'infection péritonéale.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — A propos de l'œdème sus-pubien j'ajouterai que quelques cliniciens l'ont pris pour la vessie et ont eu recours au cathétérisme.

M. Pinard. — Il serait bon de préciser le point sur lequel M. Wallich a attiré l'attention et de mettre à l'ordre du jour le parallèle entre l'hystérectomie abdominale totale et l'opération de Porro afin de bien établir les cas qui sont justiciables de l'une ou de l'autre opération ; les chirurgiens pourraient nous donner leur avis à ce sujet. Dans la prochaine séance j'apporterai une observation dans laquelle l'hystérectomie abdominale totale a été pratiquée par M. Segond pour un utérus contenant un fœtus putréfié et présentant la physométrie ; bien que l'opérée ait guéri, je persiste à croire qu'il eût mieux valu se contenter d'une opération de Porro, et je ferai ultérieurement connaître les raisons de cette opinion.

M. F. Legueu. — **Traitement préventif de l'anurie pour cancer de l'utérus.** — L'anurie est une complication commune du cancer de l'utérus ; à la longue les uretères sont comprimés, étouffés et dilatés. La sécrétion diminue de valeur, sinon de quantité, et un jour la malade meurt d'anurie ou d'urémie.

A plusieurs reprises, on est intervenu dans ces circonstances pour ouvrir un rein, permettre pendant quelque temps à la sécrétion rénale de s'échapper à l'extérieur. Et, de fait, on a pu de cette façon prolonger pendant des semaines et quelquefois même pendant des mois une existence précaire et fragile. Sur une malade dont j'ai publié ailleurs l'observation, j'ai obtenu ainsi une survie

de 155 jours ; c'est un des meilleurs résultats obtenus. (*Leçons de clinique chirurgicale.*) La thèse d'Uteau (thèse de Paris, 1903) contient l'exposé de tous les cas similaires.

Mais d'autres fois j'ai été moins heureux : en opérant une malade anurique, j'ai bien trouvé le rein distendu, mais surtout altéré histologiquement par une compression ancienne. Le retour de la sécrétion n'a pu se faire sur ce rein trop altéré, et la malade est morte au bout de quelques jours.

Je m'étais demandé, à la suite de cette observation, s'il n'y avait pas moyen de prévenir en quelque sorte cette déchéance fonctionnelle du rein, par une opération précoce chez les malades qui en présentent déjà les premiers symptômes ou qui sont fatalement exposées à la subir, et j'attendais une occasion pour mettre mon projet à exécution.

L'année dernière, au mois d'octobre, une malade de 35 ans se présentait à l'hôpital Necker se plaignant de quelques douleurs dans le côté droit. Son rein droit mobile était douloureux et un peu gros. Elle était pâle, décolorée, racontait que, depuis quelques mois, elle perdait ses forces avec l'appétit. Je la touchai et trouvai une infiltration dure, épaisse, étendue à tout le petit bassin. Le col était lui-même effacé, et faisait partie d'une ulcération assez dure et peu végétante qui occupait le centre de cette infiltration cancéreuse.

Il y avait donc cancer de l'utérus, mais cancer surtout propagé à toute la cavité pelvienne, à tel point que si c'était le point de départ utérin de cette néoplasie, on aurait pu dire qu'il s'agissait d'un cancer pelvien. Ces infiltrations du tissu cellulaire et des ganglions sont des plus compromettantes pour les uretères : l'augmentation du volume du rein droit s'expliquait donc très simplement. Il y avait compression de l'uretère droit et un certain degré commençant d'hydronéphrose.

Le rein gauche n'était pas perçu au palper : les urines étaient encore abondantes, 800 grammes dans les 24 heures, un peu décolorées ; elles contenaient 10 grammes d'urée par litre. Il y avait donc déjà déficience des reins, et cette malade devait peu à peu s'acheminer vers l'anurie.

En effet, je pensais que les phénomènes allaient se dérouler dans l'ordre que voici : le rein droit allait se distendre de plus en plus, et finalement se perdre. Le rein gauche, qui me paraissait jusqu'alors intact, ne pouvait échapper lui-même à une compression de même genre, étant donnée la nature de ce cancer propagé. Dans ces conditions, cette malade allait arriver prochainement à l'anurie, rendue fatale par la nature d'un cancer qui n'était pas assez malin pour la faire mourir assez tôt, et je la fis entrer à l'hôpital pour la suivre, l'examiner plus à fond et me comporter suivant les circonstances.

Je la suivis quelques jours et alors je me fis le raisonnement suivant : le rein droit est en train de se perdre par compression et distension; si je l'ouvrais tout de suite, ce rein, je parviendrais peut-être à le mettre à l'abri de la pression urétérale : je pourrais sauvegarder sa fonction, et quand un jour l'autre rein sera envahi ou du moins détruit et annihilé par la forme fatale de ce cancer, j'aurai assuré la fonction urinaire avec le rein droit conservé ; l'anurie ne viendra pas, et cette malade mourra de son cancer et non pas de ses reins. Je voulais en un mot réaliser le traitement *préventif* de l'anurie en remédiant à la lésion qui, dans les conditions actuelles, y devait fatalement conduire.

Le 15 octobre 1904, je mets mon projet à exécution, j'endors cette malade, et sous le chloroforme, je fais une ponction au rein droit, une ponction juste suffisante pour y introduire une sonde de Pezzer à demeure.

Le rein m'apparut distendu, mais non énorme : il y avait encore une bonne épaisseur de parenchyme conservé.

La malade supporta très bien cette petite opération.

Les jours suivants et pendant un mois environ, elle continua à uriner à la fois par sa plaie lombaire et par sa vessie. Dans les urines de la vessie, il y avait peut-être des urines du rein droit opéré ; il y avait certainement toutes les urines du rein gauche supposé sain.

Mais au bout d'un mois, mes prévisions se confirmèrent mieux que je ne l'aurais

pensé. La malade cessa d'uriner par sa vessie : de temps en temps, à longues échéances, elle urinait encore quelques grammes d'une urine très aqueuse. Mais on peut dire qu'à partir du 15 novembre 1904, la fonction du rein gauche fut complètement annihilée; la compression était de ce côté complexe, et la malade était virtuellement en anurie, elle l'eût été si elle n'avait pas eu le rein droit ouvert, ce rein par lequel elle urinait exclusivement, et qui continua seul à entretenir la vie jusqu'au moment de la mort.

Cette malade a succombé le 22 septembre 1905; elle a donc vécu avec le rein ouvert *pendant* 10 *mois et* 7 *jours, soit pendant* 313 *jours*. Elle est morte de cachexie cancéreuse, et sans que l'anurie y ait été pour quelque chose.

A l'autopsie, je trouvai les deux uretères oblitérés, non par la prolifération cancéreuse; mais ils étaient si étouffés, si aplatis, si comprimés, que le stylet parvenait à peine à trouver leur calibre et que la pression rénale ne pouvait plus vaincre une pareille résistance. C'est d'ailleurs ainsi que se présentent les lésions de l'uretère dans l'anurie du cancer : les uretères ne sont pas oblitérés, ils sont comprimés, je ne pense pas cependant qu'on puisse ici invoquer le réflexe. C'est bien de l'anurie mécanique.

Le rein droit ouvert était peu dilaté, avec un parenchyme encore assez épais.

Le rein gauche, au contraire, était très dilaté, quoique peu volumineux : c'est le type d'une hydronéphrose aseptique de petit volume.

Dans ces conditions, que serait-il arrivé si chez cette malade je n'avais pas opéré. Un mois après, au 15 novembre, à l'époque où elle a cessé d'émettre des urines par la vessie, le rein gauche était supprimé, oblitéré, et ne pouvait plus compter pour la vie.

Le rein droit au contraire, lui, pouvait peut-être donner pendant quelque temps des urines, mais comme il était déjà en dilatation au moment où je l'ai opéré, c'est donc que son entrée était déjà oblitérée ; je puis donc penser que l'anurie serait survenue vers le 15 novembre.

En opérant de bonne heure, on opérait contre l'anurie, mais un mois à l'avance ; je me suis donc trouvé dans des conditions bien plus favorables pour prolonger l'existence. Et si j'ai fait vivre cette malade 10 mois, c'est peut-être que j'ai préservé pendant 1 mois le rein droit de la destruction à laquelle il était fatalement forcé.

En somme, et c'est ma conclusion, je pense que quelquefois on pourra, d'après la forme d'un cancer pelvien et d'après les premiers signes de la lésion rénale, prévoir la compression urétérale et par une opération précoce prévenir l'anurie et ménager ainsi le rein auquel on demandera plus tard de sauvegarder l'existence.

M. Pinard. — Ce que M. Legueu nous a dit du cancer s'applique à toutes les tumeurs abdominales qui peuvent comprimer l'uretère et dilater le rein. Il faut donc tenir compte — au point de vue de l'indication opératoire — des complications qui peuvent résulter de cet obstacle à la circulation des urines. Pour ma part, quand j'ai à soigner une femme ayant des fibromes utérins, je fais surveiller avec soin les urines; dès que la quantité diminue, je conseille l'intervention.

L.-G. Richelot. — **Un cas de métrite cervicale tuberculeuse.** — De rares faits de métrite cervicale tuberculeuse ont été signalés. J'en ai vu un exemple en avril 1894 : c'était une femme manifestement tuberculeuse, qui toussait et avait de petites cavernes ; son col était le siège d'une grande ulcération étalée, avec des gouttes de pus qui sourdaient à la surface. La consistance était celle de la métrite, et je ne pensai pas un instant à l'épithéliome. Étant donné le terrain, je soupçonnai la tuberculose du col, et pensant que le reste de l'appareil génital pouvait n'être pas indemne, je pratiquai l'hystérectomie. L'examen histologique démontra la nature du mal, mais le cas ne fut pas publié en détail ; il est seulement cité dans mon livre *Chirurgie de l'utérus*.

M. Cornil a étudié et publié dans ses *Leçons sur les métrites*, en 1889, avec des dessins histologiques très nets, un cas des plus intéressants. L'utérus avait été enlevé par Péan pour un cancer du col. C'est le premier exemple que M. Cornil ait vu, et le second est celui dont je vais vous entretenir.

Au toucher, c'était une grosse métrite cervicale ordinaire : consistance banale, orifice entr'ouvert, ectropion molasse, surface mamelonnée sans induration ligneuse. Souplesse des culs-de-sac, utérus gros et mobile, intégrité apparente des annexes. Déjà rassuré, je n'avais plus qu'à préciser, à l'aide du spéculum, l'étendue et la forme des lésions, lorsqu'en posant de nouvelles questions j'appris que la malade n'avait pas eu d'enfants. Un doute me vint aussitôt, et je vis dans le spéculum un col qui ne pouvait, en effet, appartenir à une nullipare. Il y avait une éversion des lèvres tuméfiées et une apparence de lacération bilatérale; c'était un « col d'Emmet », c'est-à-dire un col puerpéral. Plus encore : la surface était ulcérée, anfractueuse, grisâtre et sanieuse. N'étant pas un col déchiré par l'accouchement, c'était donc un épithéliome. Je touchai de nouveau, et la consistance me fit nier encore une fois la tumeur maligne, car l'induration ligneuse, à une période avancée du cancer, ne manque jamais. Et l'idée ne me vint pas d'un col tuberculeux ; et je restai penaud, entre une métrite paradoxale et un cancer impossible.

Un détail me fut signalé par la malade, mais ne m'apporta aucune lumière. Elle avait sous le sein gauche une petite bosse qui l'inquiétait; je trouvai que c'était une légère saillie de la côte, un fait anatomique sans importance. La face était rouge, couperosée; elle me dit avoir depuis longtemps des éruptions d'acné. Aujourd'hui je pense qu'il y a sous le sein gauche un point d'ostéite tuberculeuse et je me demande si son acné n'est pas un lupus érythémateux. Mais laissons de côté ces détails, qui seront éclaircis.

Je ne pouvais rester dans l'incertitude. Je pris un petit fragment de son col, qui fut porté au laboratoire de la Faculté. M. Cornil me répondit qu'il s'agissait d'une métrite tuberculeuse et me conseilla d'enlever l'utérus, de peur qu'il n'y eût des lésions au delà du col.

Je pratiquai l'hystérectomie vaginale le 21 octobre. Et certes, si j'avais cru enlever un épithéliome, ce n'est pas au cours de l'opération que j'aurais perdu mes illusions. Le col, attiré par la pince, avait l'aspect et la couleur du plus vilain néoplasme; au centre, l'ulcération était friable; le col se déchirait sous les tractions, et il me fallut la douceur et la prudence que réclament, en pareille situation, les cancers un peu trop avancés, pour libérer peu à peu le segment inférieur et arriver, par delà l'isthme utérin, sur un tissu plus résistant. Le corps lui-même était altéré, et la cavité remplie d'une masse végétante, d'aspect inusité. Quant aux annexes, mobiles et épaisses, elles ne m'auraient pas trompé; j'ai vu plus d'une fois, avec ou sans péritonite bacillaire, des trompes farcies de noyaux tuberculeux.

Note de M. le professeur Cornil. — M. Richelot m'envoyait le 27 octobre 1905, un petit fragment du col de l'utérus enlevé par biopsie. J'ai pu en faire des coupes comprenant la cavité cervicale et la muqueuse de la portion vaginale, ce qui permettait de les orienter au mieux. Sur ces préparations, on voyait, entre la muqueuse intra-cervicale normale et la surface vaginale du col, une infiltration du tissu musculaire par des follicules tuberculeux possédant de nombreuses cellules géantes. Il n'y avait pas de doute possible. Comme la tuberculose du col, lésion extrêmement rare, est généralement consécutive à une lésion de même nature du corps utérin et des annexes, je me hâtai de prévenir mon cher collègue, en lui conseillant de sacrifier l'ensemble des organes génitaux de sa malade.

L'une des *trompes* est dure, ferme, bien que peu grosse, sur toute sa longueur. La surface péritonéale est normale, sans relief ni granulation tuberculeuse. Lorsqu'on pratique sur cette trompe une section transversale, on ne voit pas à l'œil nu sa lumière ; c'est à peine si on la devine, tellement elle paraît étroite. Les coupes transversales ont montré, en effet, un épaississement tuberculeux considérable de la paroi libre musculaire de la trompe, en vertu duquel la muqueuse et la lumière de ce cordon avaient été resserrées et réduites au minimum.

Cette salpingite tuberculeuse diffère de la majorité des maladies de même nature, en ce qu'elle siège dans la paroi fibro-musculaire, au lieu d'envahir, comme cela est le plus ordinaire, la muqueuse et les plis de ce conduit.

J'ai vu plusieurs faits analogues et en particulier cette année (Société anatomique).

Aussi doit-on admettre deux variétés anatomiques de la salpingite tuberculeuse, suivant qu'elle a pour siège la muqueuse ou la paroi fibro-musculaire : tuberculose interne ou de la muqueuse, tuberculose pariétale ou de la tunique fibro-musculaire.

C'est à cette dernière variété qu'appartient ce fait. Nous ajouterons que le péritoine était indemne de tuberculose au niveau de la trompe, de même que sur les ovaires et sur l'utérus.

Le *pavillon de la trompe*, dans une partie dont nous avons fait des préparations, était volumineux et imprégné de suc. La muqueuse était hérissée de végétations. Au-dessous de la muqueuse nous avons vu plusieurs follicules tuberculeux. La paroi fibreuse était très épaissie.

La *muqueuse du corps de l'utérus* était très épaissie dans toute son étendue et verruqueuse par places, avec de gros bourgeons marqués surtout en dessous de l'orifice des trompes. Mais il n'y a pas de dégénérescence caséeuse de la surface de cette muqueuse, comme cela se voit habituellement. D'ordinaire, en effet, la surface de la muqueuse du corps est enduite d'une couche jaunâtre, opaque, caséeuse, adhérente, en même temps que le liquide sécrété à la surface de la cavité du corps est caillebotté avec des grumeaux jaunâtres et opaques. Dans ce fait, rien de semblable; la surface et les bourgeons saillants sont mous, grisâtres, semi-transparents.

Sur les coupes d'une partie de la muqueuse du corps où elle était bourgeonnante, nous n'avons trouvé aucune trace des glandes en tube, ni revêtement épithélial. La surface et la couche glandulaires avaient été mortifiées et n'existaient plus. Les bourgeons saillants de la surface étaient formés de tissu tuberculeux, c'est-à-dire d'un tissu conjonctif possédant de grandes cellules conjonctives et des leucocytes, avec quelques cellules géantes; au-dessous de ces follicules tuberculeux, il y avait des bandes minces de tissu musculaire lisse, qui circonscrivaient d'autres follicules tuberculeux, avec des capillaires dilatés et des cellules géantes, et cette infiltration tuberculeuse se continuait dans la moitié au moins de l'épaisseur de la paroi utérine. Ces follicules et ce tissu tuberculeux ne présentaient nulle part de mortification de leurs cellules ni de dégénérescence caséeuse. D'après cette constatation, la tuberculose, bien que très généralisée, devait remonter à peu de temps (quelques semaines).

La moitié ou le tiers externe de la paroi utérine ne contenait plus de produits tuberculeux et présentait ses caractères normaux. Le péritoine superficiel de l'utérus n'était pas atteint.

Le *canal cervical*, depuis l'orifice interne jusqu'au museau de tanche, est irrégulier, tomenteux; sa muqueuse accuse très nettement à l'œil nu les saillies et dépressions de l'arbre de vie; sur une section comprenant la paroi du col à ce niveau, les dépressions superficielles sont plus profondes, plus marquées qu'à l'état normal; au-dessous de la muqueuse, le tissu fibro-musculaire est mou.

Les coupes examinées au microscope montrent, d'abord, la muqueuse, qui a conservé ses villosités superficielles, ses glandes en forme de bouteille, ses grandes dépressions, hérissées elles-mêmes de papilles et de culs-de-sac glandulaires. Partout, toutes ses parties sont revêtues d'un épithélium cylindrique normal, très long, serré, possédant des cils vibratiles. Les cavités glandulaires et les grandes dépressions sont pleines d'un mucus contenant par places de nombreux leucocytes mono et polynucléaires accumulés. Ces leucocytes, rangés sous l'épithélium en séries plus ou moins nombreuses, passent à travers l'épithélium, entre les cellules, pour s'accumuler dans les cavités glandulaires. La muqueuse superficielle est donc simplement enflammée. Mais le chorion muqueux et la paroi fibro-musculaire sont infiltrés d'un tissu tuberculeux avec ses follicules et ses cellules géantes. Ces îlots tuberculeux[1] sont très vascularisés, pourvus de nombreux vaisseaux capillaires, dilatés, pleins de globules rouges. Ces capillaires ont surtout attiré mon attention, parce que, par leur grosseur et leur diamètre, ils sont analogues aux cellules géantes voisines et parce qu'on peut s'assurer que les cellules géantes elles-mêmes en dérivent. Lorsqu'on examine, en effet, avec un assez fort grossissement les cellules géantes, on voit qu'elles sont formées par une couronne de noyaux ovoïdes pressés les uns contre les autres, avec ou sans protoplasma autour de chaque noyau. La partie centrale d'une pareille cellule géante est grenue ou jaunâtre avant toute coloration ou après la double coloration de l'hématoxyline et du Van Gieson. Cette coloration de la masse centrale indique la provenance de globules rouges altérés. Autour de

la cellule géante ainsi constituée, on reconnaît la paroi d'un capillaire avec son endothélium.

Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas de tubercules dans la couche des glandes du canal cervical, mais seulement dans le tissu fibro-musculaire de la paroi. Notons toutefois que ces follicules tuberculeux sont très voisins de la couche glandulaire.

Dans une autre série de coupes, nous avons examiné un segment étendu du col utérin, comprenant à la fois le canal cervical et la portion vaginale du museau de tanche. Toute la paroi fibro-musculeuse était envahie par les productions tuberculeuses ; celles-ci s'arrêtaient à la limite de la muqueuse cervicale. Mais, du côté de la portion vaginale du col, le tissu conjonctif était tuberculisé jusque dans les papilles de la muqueuse, au-dessous de l'épithélium conservé. La plupart des papilles de cette surface vaginale du col sont altérées.

Les ovaires examinés n'étaient envahis ni l'un ni l'autre par la tuberculose.

J'ai fait plusieurs préparations colorées par le Ziel en vue de chercher les bacilles. Je n'en ai vu que deux colorés en rouge. Il est évident qu'ils sont là en très petit nombre.

Dans cette observation, il est certain, d'après la répartition des lésions, qu'il s'agit d'une tuberculose d'origine hématique, car les vaisseaux capillaires sont partout dilatés dans tous les îlots tuberculeux et les cellules géantes sont développées dans ces vaisseaux capillaires. Ce n'est pas une tuberculose d'origine superficielle ou muqueuse, car la muqueuse de la trompe est indemne et plutôt atrophiée par compression périphérique ; la muqueuse du canal cervical est également indemne de tubercules et simplement enflammée : partout c'est la paroi qui est atteinte.

Ce fait diffère de la plupart des observations de tuberculose génitale : 1° en ce que le col est envahi, ce qui est rarissime ; 2° en ce que la paroi musculo-fibreuse du tractus génital est seule atteinte dans la trompe, dans le corps et dans le col utérin, tandis que la muqueuse elle-même est normale ou seulement enflammée.

Les faits de tuberculose du col sont très rares. J'en ai vu personnellement un seul cas, qui est publié dans le volume de mes *Leçons sur les métrites*. Il s'agit d'une tumeur du col qui avait été regardée par plusieurs chirurgiens de Nantes comme un cancer et que Péan avait opérée par une hystérectomie totale. L'examen histologique a montré une tuberculose très nette (Soc. anatomique, mars 1888), dans laquelle les cellules géantes siégeaient dans les villosités superficielles du canal cervical et au voisinage des glandes. Il y en avait aussi sous l'épithélium pavimenteux stratifié de la portion vaginale du museau J'ai donné plusieurs dessins de ces tubercules situés dans la portion superfi-cielle de la de tanche. Le fait actuel est tout différent en ce qui concerne la distribution des lésions tuberculeuses, car la muqueuse de ce canal est simplement enflammée et non tuberculisée.

Ici aussi, la muqueuse de la trompe est indemne, tandis qu'elle est d'habitude parsemée de cellules géantes à la surface ou à la profondeur de ses plis.

En ce qui touche la muqueuse du corps de l'utérus, elle a disparu, ulcérée sous la poussée des tubercules de la paroi fibro-musculaire. La cavité du corps est bourgeonnante comme serait celle d'un abcès froid. Ce n'est pas ainsi que se présente la tuberculose du corps dans le plus grand nombre des cas. Habituellement, en effet, on voit plusieurs granulations saillantes, opaques à leur centre, ou une infiltration caséeuse de la surface de la muqueuse donnant naissance à une fausse membrane opaque, épaisse, jaunâtre. En même temps, la cavité dilatée du corps utérin est remplie d'une sécrétion muco-purulente, caillebottée, parsemée de coagulations opaques, caséeuses, qui s'écoulent dans le canal cervical. C'est même cette sécrétion spéciale, avec des masses caséeuses, qui permettrait de faire le diagnostic si l'on pensait à l'examiner et à l'inoculer à un cobaye.

(A suivre.)

REVUE ANALYTIQUE

Le curettage et la fièvre puerpérale, par E. de BUMAN. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 octobre 1905.

Ce travail, fait à la clinique obstétricale de Lausanne, a pour base l'étude critique de 16 cas d'infection puerpérale traités précocement ou tardivement par le curettage (mortalité, 50 p. 100) et de 8 cas récents traités sans curettage (mortalité, 12 p. 100). De la comparaison des deux séries de faits, l'auteur tire cette conclusion, que le curettage doit être banni de la thérapeutique de l'endométrite puerpérale post-partum. Il préconise le traitement mis en pratique par le professeur Rossier.

Quand survient une élévation de la température, la première chose à faire est d'examiner la malade (inspection de la vulve, du vagin et du col, éventuellement toucher vaginal, toucher intra-utérin (gants) après injection vaginale) et de poser le diagnostic de la forme de l'affection puerpérale.

Y a-t-il infection vulvaire, vaginale, cervicale, le badigeonnage à la teinture d'iode donne d'excellents résultats.

Reste-t-il des débris dans la cavité utérine, on procède au curage digital précédé et suivi d'une injection intra-utérine.

Y a-t-il infection utérine, l'irrigation utérine au lysol, 1 p. 100 à 2 p. 100, pratiquée une ou deux fois pendant les premières 24 heures, puis, si cela est nécessaire, encore une ou deux fois pendant deux ou trois jours, est le traitement de choix, soutenu par l'ergotine et la vessie de glace sur le bas-ventre.

Y a-t-il infection généralisée, au bout de peu de jours, nous cessons les injections utérines et portons tout notre effort thérapeutique sur les moyens de soutenir l'organisme et de l'aider à lutter contre les germes infectieux.

A. C.

Fibrome de l'ovaire, de la grosseur d'un œuf d'oie, complètement calcifié (Ein ganseigrosses, vollstandig verkaltes Fibrom des Ovariums). NEBESKI, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 41, p. 1247.

Cette pièce pathologique, rare, fut enlevée par laparotomie sur une femme de 27 ans, IIpare. La tumeur est recouverte d'une enveloppe connective mince, dure, correspondant à l'albuginée. A l'examen microscopique on aperçoit entre les masses calcaires des tractus fibreux, avec de rares vaisseaux. Le premier accouchement, qui datait de 2 ans, avait été dystocique. On avait diagnostiqué une tumeur, développée aux dépens du bassin osseux. Or, après des tentatives vaines de version et de forceps, il avait fallu sacrifier l'enfant. A la seconde grossesse, vers le sixième mois, on constata que la tumeur était

enclavée entre l'utérus et le promontoire, et les tentatives de réduction échouèrent. Nebeski procéda alors, après cœliotomie, à l'extirpation, qui fut facile, de cette tumeur. *Suites opératoires* excellentes, *accouchement* heureux, à terme. Trois points de ce cas sont particulièrement mis en relief : 1° la complète calcification du néoplasme chez une femme de 25 ans ; 2° les difficultés du diagnostic ; 3° l'heureuse évolution de la grossesse jusqu'à terme. R. L.

De la pyélite pendant la grossesse. (Pyelitis in Pregnancy). SMITH (B.), *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, août 1905, p. 73.

Aux cas déjà connus de pyélite pendant la grossesse, l'auteur ajoute 3 nouvelles observations : 1° grossesse, pyélite ; accouchement prématuré ; 2° grossesse, pyélite ; accouchement à terme ; 3° grossesse, pyélite. Et, à l'occasion de ces 3 faits, il fait une étude de cette affection, en rappelant la part importante qui revient aux auteurs français (Reblaud et Vinay) et en notant que le premier travail sur ce sujet est de Kruse (thèse de Wurzbourg, 1889). Au point de vue de l'étiologie, il admet le rôle important : 1° de la *stase urinaire* par compression de l'uretère (le droit presque toujours) ; 2° de *l'infection* (dans tous les cas, sauf un de Vinay (streptocoque), par le coli-bacille). Au point de vue du traitement, après avoir noté que nombre de cas évoluent si heureusement qu'ils ne sont pas soupçonnés, il considère que beaucoup sont justiciables du traitement médical (repos, révulsion, diète lactée, urotropine, acide benzoïque et salicylates), tandis que d'autres, plus sévères, exigent l'interruption artificielle de la grossesse. R. L.

Pyélonéphrite de la grossesse (Pyelonephritis of Pregnan y). CUMSTON (C.-G.). *J. of Obst. a. Gyn. o f British Emp.*, octobre 1905, p. 221.

Le plus intéressant à rechercher dans ce travail nous a paru être l'opinion de l'auteur sur le meilleur traitement à opposer à cette complication de la grossesse, complication qu'il étudie d'ailleurs d'une manière complète, en marquant la part importante qu'a prise l'école française dans cette étude. Or, au point de vue du traitement, *il tient à éviter qu'on ne lui prête une tendance trop grande vers le traitement chirurgical* ; sa conviction, au contraire, est que le plus grand nombre des cas en question sont parfaitement justiciables soit du traitement médical (diète lactée et révulsion), soit, et surtout, de l'interruption prématurée de la grossesse ; que, seulement, de très rares cas, dans lesquels les accidents survivent à ces méthodes et vont en s'aggravant, exigent l'intervention chirurgicale (néphrotomie, drainage, etc.). — Qu'ainsi le but de la monographie actuelle est de montrer précisément — ainsi qu'il ressort des observations rapportées à la fin, françaises pour la plupart (Potocki, Vinay, Lepage, Reblaud) — l'efficacité habituelle des traitements : *a*) médical et *b*) obstétrical. La seule observation citée (de Cumston) où, à cause de la persistance des accidents, on intervint chirurgicalement, fut suivie rapidement de mort.

R. L.

Chorio-épithéliome et kystes à lutéine (Chorionepitheliom u. Luteincysten). FISCHER, *Deutsche mediz. Wochensch.*, 1905, n° 4, p. 142.

Peu de temps après l'expulsion d'une môle hydatiforme, un curettage explorateur, pratiqué à cause d'accidents hémorragiques persistants et renouvelés, fournit des fragments de tissu dont la structure histologique permit de conclure à la dégénérescence chorio-épithéliomateuse de villosités de la môle restées *in utero* : en quelques points se voient des villosités choriales bien conservées, à stroma fibreux et pauvre en noyaux, tandis que le revêtement épithélial est en processus de prolifération intense. Sur beaucoup d'autres points, on voit nettement des agrégats de cellules ectodermiques hyperplasiés, entre lesquels sont semées des masses cellulaires syncitiales. Mais on constate plus fréquemment des foyers de cellules ectodermiques sans éléments syncitiaux, et de formes les plus diverses. Le détail le plus frappant, c'est la grosseur et l'irrégularité des formes nucléaires (véritables noyaux géants). Du diagnostic de *chorio-épithéliome* consécutif à une môle, on conclut à une intervention radicale qui fut l'extirpation, vaginale. L'examen de l'utérus y révéla les mêmes altérations histologiques que le curettage explorateur avait mises en évidence. Cinq mois après l'intervention la femme jouit toujours d'une santé florissante, bien que les faits déjà connus enseignent qu'on n'est pas encore en droit d'affirmer la guérison définitive.

A propos de cette observation l'auteur ajoute : « Ce n'est pas, d'autre part, un simple hasard qu'on ait trouvé dans ce cas, au cours de l'opération, une *dégénérescence kystique des deux ovaires*; l'ovaire droit, qui était le siège de plusieurs kystes, dont l'un gros comme un citron, fut enlevé, tandis que l'ovaire gauche fut laissé *in situ* après ponction de plusieurs petits kystes. A plusieurs reprises déjà Marchand a signalé la coïncidence fréquente des môles hydatiformes et de la dégénérescence kystique des ovaires. Mais les observations suivantes n'ont pas seulement confirmé cette coexistence, elles ont de plus établi ce fait remarquable et d'un intérêt général, que la môle hydatiforme est associée à une formation kystique rare et caractéristique dans l'ovaire : *kyste du corps jaune à tissu de lutéine.* »

Or, dans le cas actuel, l'examen des ovaires démontra cette formation kystique, avec hyperproduction de tissu à lutéine, en sorte que ce fait milite particulièrement en faveur de la théorie Börn-Frænkel. R. L.

Contribution à la question de la guérison spontanée du chorio-épithéliome (Beitrag zur Frage der Spontanheilung des Chorioepithelioms). C. FLEISCHMANN, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1905, p. 353.

L'auteur résume le fait de *guérison spontanée*, très intéressant, qui suit :

OBS. — La femme, âgée de 30 ans, 2 ans 9 mois après l'expulsion d'une môle, fut atteinte de *chorio-épithéliome de l'utérus*, compliqué d'un noyau métastatique du vagin. Excision du noyau du vagin et curettage de l'utérus, une opération radicale ayant été refusée. L'examen histologique du nodule vaginal et des tissus utérins démontra qu'il s'agissait d'une *variété atypique de chorio-épithéliome* qui, sûrement, avait été *incomplètement* opéré. Au cours du curettage, il y avait eu perforation de la paroi utérine avec formation d'un

hématome. A la suite de l'intervention, la femme devint bien portante et revit ses règles 7 mois après. *Deux ans après*, elle devint enceinte et accoucha, 7 semaines environ avant terme, de deux jumeaux. La délivrance dut être artificielle, à cause d'adhérences très solides de l'arrière-faix. La délivrance effectuée, dans un examen soigneux de contrôle de la cavité utérine, on retrouva indiscutablement les traces de la perforation utérine faite au cours du curettage deux années auparavant : « Près de la corne utérine droite existait dans la musculeuse une dépression entourée de bords lisses, admettant le bout de l'indicateur, dont la paroi supérieure, très mince, semblait être uniquement représentée par le revêtement séreux. Le doigt explorateur percevait à travers une anse intestinale immédiatement sus-jacente. »

La femme se remit très bien et s'en retourna bien portante, après des suites opératoires légèrement troublées au début par des accidents fébriles.

A propos de ce fait, l'auteur relève les points suivants : *a*) d'abord, il s'agissait bien, au début, d'un chorio-épithéliome de l'utérus, avec noyaux métastatiques du vagin, — survenu longtemps après une môle, — et dont un examen histologique minutieux avait formellement mis en évidence la nature ; *b*) toute opération radicale ayant été refusée, il n'avait pu être fait qu'une intervention *sûrement incomplète*, en dépit de quoi la femme non seulement avait parfaitement guéri, mais son utérus avait repris ses aptitudes fonctionnelles ; *c*) en sorte que, *deux années et huit mois environ après l'intervention pour le chorio-épithéliome*, la guérison se maintient parfaite, aussi complète que possible : cas de guérison SPONTANÉE qui vient s'ajouter à ceux déjà rapportés (Marchand-Everke, Zagoranski-Kissel, Franqué, Hormann et Littauer, etc.). Après rappel de ces cas et examen critique des théories proposées pour l'explication de ces guérisons spontanées, si inattendues du moins au début, l'auteur conclut : *Pour l'instant, il faut admettre que l'organisme maternel, sous l'influence de certaines conditions, à nous inconnues, mobilise dans le sang (maternel) des substances protectrices (syncitiolysine), qui sont en état de réprimer le bourgeonnement chorio-épithélial, de réduire ses éléments et d'en amener la résorption* (Scholten et Veit) (1). R. L.

Fibrome dystocique du segment inférieur de l'utérus. Opération césarienne à terme et hystérectomie subtotale, par les docteurs L. HIRIGOYEN et J.-R. ROCHE. *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, séance du 25 juillet 1905.

Primipare âgée de 33 ans, elle a été réglée à 13 ans. Depuis lors, ses règles ont été normales et durent huit jours. Jamais d'hémorragies ni de troubles quelconques. Les dernières règles datent de la fin de mars. La grossesse est de huit mois et demi au moment de l'entrée à l'hôpital. La hauteur de l'utérus est de 30 centimètres. Au palper, on trouve la tête dans le flanc droit, le détroit supérieur est occupé par une masse dure, immobile, remontant assez haut sur la partie antéro-latérale droite de l'utérus, bombant dans le cul-de-sac antérieur et refoulant le col utérin en arrière et à gauche : il s'agit évidemment d'un fibrome du segment inférieur plongeant dans le détroit supérieur, surtout du côté droit.

(1) *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, août 1903, p. 147.

Le 10 janvier 1904, le travail commence : la femme a des douleurs pendant la journée; le soir, à huit heures, on trouve le col toujours dévié, fermé, la tumeur occupant la même situation que pendant la grossesse, mais un peu ramollie. A 10 heures, la tumeur semble avoir un peu glissé en remontant : le col, toujours fermé, est venu se placer dans l'axe du canal génital. A minuit, la tumeur est difficilement atteinte par le toucher. Le col se dilate brusquement sur le doigt et arrive à une dilatation de 4 centimètres, à travers laquelle on sent la poche des eaux, dure, tendue, contenant une petite partie fœtale. A 2 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, dilatation presque palmaire : on trouve dans le vagin les deux pieds et, en remontant un peu plus haut, une main appliquée sur un genou. Vers la droite du bassin, on sent la tumeur assez haut, qui semble s'être un peu aplatie et appliquée contre la fosse iliaque droite.

A 3 heures, dégagement du siège, du tronc et des épaules; mais il est impossible de dégager la tête. Le col, resserré, retient la tête dans un anneau, et la tumeur, appuyant sur la partie postérieure et gauche de la tête, l'empêche d'avancer ; on franchit cependant le col : un doigt est introduit dans la bouche du fœtus, mais la tête ne peut descendre. Basiotripsie, désarticulation du basiotribe; après, la tête est facilement extraite.

La délivrance artificielle est pratiquée aussitôt, et la main constate que la tumeur est un fibrome interstitiel du segment inférieur, plus gros que le poing, se prolongeant sur les faces antérieure, postérieure et latérale à droite.

Les suites de couches furent entièrement physiologiques, et la malade sort en bon état le quatorzième jour.

La malade revient dix-huit mois après, de nouveau enceinte et au terme de huit mois, le 22 juin 1905, n'ayant éprouvé aucune gêne du fait de la tumeur.

Il est décidé qu'on pratiquera d'emblée l'opération césarienne, suivie de l'ablation de la tumeur : le terme de la grossesse devant être au 10 juillet, nous fixons l'opération vers le 5 ou 6.

Le 28 juin, il y a un début de travail.

A 3 heures, dilatation de 5 francs : la malade est portée à l'amphithéâtre, et les préparatifs de l'opération se faisaient lorsque la poche des eaux se rompt; le cordon est un peu entraîné, mais la circulation fœtale n'est pas troublée. Immédiatement il est urgent d'intervenir : 3 heures et quart.

L'incision de l'utérus se trouve un peu portée à gauche de la ligne médiane, la moitié droite étant occupée par le fibrome : l'hémorragie n'en paraît pas plus abondante. L'incision utérine tombe en plein sur l'insertion placentaire : le placenta est rapidement déchiré et traversé avec les doigts. Le fœtus est extrait sans difficulté : c'est une fille vivante, qui crie aussitôt.

Le volume et la situation du fibrome ne permettant pas de préférer une myomotomie, nous décidons aussitôt de faire suivre la césarienne d'une hystérectomie subtotale. Après décollement d'une collerette péritonéale antérieure, l'utérus étant renversé en avant, au-dessus du pubis, les doigts de la main gauche saisissent facilement la colonne cervicale à travers le péritoine. Le col

est attaqué directement aux ciseaux, à la manière de Faure, et coupé jusqu'à aller rejoindre le décollement antérieur. Entre temps, les utérines comprises dans la section donnent un jet de sang assez fort, mais sont facilement saisies. La pédiculisation du ligament large s'effectue facilement à gauche; elle est plus difficile du côté droit, où le fibrome, tout entier sous-péritonéal, a fortement élargi la base du ligament. Le moignon cervical présente l'aspect et les dimensions d'un vagin coupé dans une hystérectomie totale. Aucune limite ne sépare cette cavité cervicale du vagin. Une mèche de gaze est laissée dans cette cavité unique, qui reste ouverte à sa partie supérieure, et sur les bords de laquelle deux ou trois vaisseaux de minime importance sont saisis et liés. Péritonisation très facile, grâce aux dimensions des lambeaux péritonéaux. Mèche de gaze dans le petit bassin. Suture de la paroi abdominale à trois plans. L'opération entière (césarienne et hystérectomie) a duré quarante-cinq minutes.

Dans la portion sous-péritonéale du corps utérin, à droite, un peu en avant et au-dessus de l'isthme, on voit faire saillie un fibrome interstitiel de la grosseur d'une orange. La section du col mesure 5 à 7 centimètres de diamètre, avec une épaisseur de paroi de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Sur une section frontale de l'utérus, allant du hile droit au hile gauche, on voit la tumeur fibreuse coupée suivant son plus grand diamètre, qui est de 8 centimètres. Cette tumeurp résente l'aspect blanc nacré caractéristique des fibromes durs. Elle s'énuclée facilement.

Les suites opératoires ont été des plus simples. A. C.

De l'effet de la fixation ventrale de l'utérus sur les grossesses et les accouchements ultérieurs, d'après une analyse de 395 cas (On the Effect of ventral fixation of the uterus on subsequent pregnancy and labour, based on the analysis of 395 cases). ANDREWS (R.); *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, août 1905, p. 97.

Pour ce travail l'auteur a utilisé deux statistiques, celle de Noble, qui date de 1896 (206 cas), et la sienne, composée : *a*) de tous les cas ultérieurs à celle de Noble, qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale anglaise, américaine, allemande, française et italienne ; et *b*) de quelques observations antérieures tirées du mémoire de Negri (189), au total 395 cas. Il examine très soigneusement tous ces faits, notant dans des tableaux synoptiques toutes les circonstances dignes de considération : *avortement*, *douleurs durant la grossesse*, *accouchement prématuré*, *position élevée du col*, *asymétrie latérale ou torsion de l'utérus*, *forceps*, *version*, *position transversale du fœtus*, *perforation*, *rupture de l'utérus*, *opération césarienne*, *hémorragie post-partum*, *effets respectifs des différents modes d'hystéropexie*, etc. Et cela suffit déjà à faire comprendre l'intérêt de ce travail consciencieux, qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° La fixation ventrale peut être cause de grosses difficultés dans le travail;

2° Ces difficultés sont dues à une fixation trop absolue de l'utérus. La fixation de la paroi antérieure ne se complique pas d'aussi grandes difficultés que la fixation du fond ou de la paroi postérieure de la matrice;

3° Le mode de fixation qui entraîne des difficultés *minima* dans le travail est celui qui consiste à suturer l'utérus seulement au péritoine pariétal ou au péritoine et au tissu connectif sous-péritonéal;

4° Chez les femmes en état de concevoir après avoir été opérées, il est imprudent de fixer le fond ou la paroi postérieure de l'utérus par des adhérences solides, comme il est au contraire utile de le faire contre des prolapsus utérins chez des femmes âgées ; en d'autres termes, réaliser la *suspension* chez les femmes qui peuvent devenir enceintes, la *fixation* chez les femmes âgées. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas d'anatomie obstétricale, par le professeur J. Carbonelli, accoucheur de la Maternité de Turin. Préface de M. Bar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-4, avec 20 planches coloriées : 15 francs. J.-B. Baillière et fils.

Cet atlas comprend deux séries de planches représentant les coupes, après congélation, de deux utérus gravides ayant appartenu, le premier à une primipare enceinte de 5 mois et demi, morte de pneumonie, le second à une multipare morte à la fin de la grossesse d'asphyxie causée par un goitre énorme.

Les coupes ont été pratiquées dans le premier cas suivant le plan frontal, dans le second suivant le plan transversal. Les figures qui les représentent ont été réduites au quart de la grandeur naturelle. Ce sont des aquarelles reproduites en trois couleurs.

Ces documents intéresseront tous les accoucheurs, car ils sont, comme le dit avec raison M. Bar, « dignes de prendre place à côté de ceux auxquels nous devons le meilleur de nos connaissances en anatomie obstétricale ». A. C.

Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis, von E. Kehrer (1 vol., S. Karger. Berlin, 1905).

Kehrer, privatdocent et assistant de la clinique gynécologique de Heidelberg, étudie, dans cet ouvrage de 215 pages, les rapports physiologiques et pathologiques qui relient les organes génitaux de la femme et le tube digestif. Dans la première partie, l'auteur traite des rapports physiologiques entre les organes génitaux et le tube digestif ; l'estomac en particulier chez la femme gravide surtout, les vomissements de la grossesse, le ptyalisme et les vomissements incoercibles sont décrits avec beaucoup de détails : la bibliographie de toutes ces questions est très complète. Dans la seconde partie de l'ouvrage, Kehrer montre les liens pathologiques qui relient les organes génitaux et le tube digestif, l'association si fréquente de troubles dyspeptiques et d'affections utéro-annexielles ; il discute la pathogénie encore si obscure de ces associations morbides ; puis il décrit avec soin leur séméiologie et leur traitement. Nous ne pouvons, que recommander la lecture de ce volume aux accoucheurs et gynécologues que ces questions intéressent. P. Lecène.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Basso. Ovarientransplantation. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. I, p. 51. — **Barbour**. Climateric hœmorrhage due to sclerosis of the uterine Vessels. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, juin 1905, p. 387. — **Bossi**. Utero-ovarian Diseases and Malthusianism. *Annals of Gyn. and Ped.*, 1905, nº 11, p. 557. — **Campbell**. The Influence of the Presence of pus in the female urethra on the Progress of gynœcol. and obst. case. *British m. J.*, septembre 1905, p. 709. — **Cumston**. Remarks on Conservative gynecology, *Med. Record*, novembre 1905, p. 857. — **Darnall**. A Plea for the more Careful examination of Diseases of Women by the General Practitioner. *Med. News*, décembre 1905, p. 1114. — **Ferroni**. Osservazioni sulla patologia dei residui mesonefrici del tratto utero-vaginale. *Annali di ost. e. ginec.*, 1905, nº 10, p. 341. — **Henrotay**. Des températures post-opératoires chez les anémiques. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1905-06, t. XVI, nº 1, p. 8. — **Hofbauer**. Biologie der Genitalorgane im fötalalter. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. I, p. 139. — **Javaux**. Infection généralisée post-opératoire, péritonite, vomissements fécaloïdes ; laparotomie, application de l'O. à courant continu dans les deux flancs. Guérison. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XVI, nº 1, p. 4. — **Leisewitz**. Einfluss der Erkrankungen des weiblichen Genitals auf die Blutbeschaffenheit. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. III, p. 511. — **Macnaughton-Jones**. Notes on post-operative Parotidis: *British gyn. J.*, novembre 1905, p. 192. — **Maurice Moreau**. Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire. Thèse de doctorat, Paris, janvier 1905. — **Mc Nutt**. Notes on non-operative ginecol. *Med. Record*, novembre 1905, p. 771. — **Stone**. Surgical path. of one Hundred Mammary Tumors. *Surgery Gyn. and Obst.*, novembre 1905, p. 400. — **Tobler**. Ueber den Einfluss der Menstruation auf den Gesamtorganismus der Frau, 1905, vol. XXII, p. 1. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* — **Warrasse**, Ovarian Transplantation. *Med. News*, septembre 1905, p. 580. — **Weimberg** et **Arnal**. Etude de l'atrophie des organes génitaux. Involution sénile de l'utérus humain. *La Gynécologie,* Paris, octobre 1905, p. 426. — **Wihitbeck**. Some general principles in conservative pelvic Surgery. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 658.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHESIE. — **Curatulo**. Die chemischen Strahlen in der gynakologischen Therapie und die Anwendung der Phototherapie bei Krebs und Tuberkulose. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 60. — **Reynolds**. The Use a. Abuse of the curette. *Am. J. Obst.*, 1905, nº 6, p. 773.

VULVE ET VAGIN. — **Maurice Rollen**. *Les tumeurs solides et primitives du vagin.* Thèse de Paris, 1905.— **Mauxion**. *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve.* Thèse de doctorat. Paris, 1905. — **Melean**. A case of Elephantiasis of the Vulva in Association with Elephantiasis of the right lower Limb. *British. m. J.*, septembre 1905, p. 721. — **Peyrache**. Tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. Thèse, Paris, 1904-05, nº 466. — **Ruge**. Ueber Vulvarffektionen und ihre gynäkologische Bedeutung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. II, p. 307.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Barrett**. Operative treatment of retrodisplacements. *Surgery gyn. and obstetrics*, novembre 1905, p. 417. — **Child**. Secondary Repair of Complete Perineal Laceration. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 323. — **Ertzbischoff**. Prolapsus de l'utérus chez les vierges et les nullipares. Thèse, Paris, 1904-05, nº 476.— **Heyd**. The Treatment of prolapsus uteri. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 674. — **Lerch**. Displacements of the abdominal organs. *Med. Record,* décembre 1905, p. 927. — **Maunsell**. An improved Method of ventro-suspension of the uterus. *British. gyn. J.*, novembre 1905, p. 184. — **Oliva**. Ricerche anatomiche e cliniche sull' operazione di « Alexander ».

Arch. italiano di Ginec., octobre 1905, p. 152. — **Parsons**. Further Report on a new operation for Prolapsus uteri with notes of 93 Cases. *British. m. J.*, septembre 1905, p. 724. — **Richardson**. Ventral fixation of the Uterus by a New Method, *The Lancet*, 1905, p. 1835. — **Richelot**. Il faut redresser les rétroversions. *La Gynécologie*, Paris, octobre 1905, p. 423. — **Stoeckel**. Wann u. wie soll der praktische Arzt die Retroflexio uteri behandlen? *Berlin. klin. Wochensch.*, novembre 1905, p. 1507.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Delespine**. Métrorrhagies et aff. annexielles. Th. de Paris, 1904-05, n° 447. — **Mather**. *Des résultats éloignés de la sto. matoplastie par évidement commissural du col de l'utérus.* Thèse de doctorat, Paris, 1905. — **Petit**. L'endométrite cervicale, procédés, instrumentation. *Gaz. des hôpitaux*, novembre 1905, p. 1587.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Burrage**. Chorioepitheliome following hydatidiform Mole. *Surgery, Gynec. and Obst.*, novembre 1905, p. 410. — **Cameron**. Some complications and degenerations of uterine fibromyomata. *British m. J.*, septembre 1905, p. 712. — **Combris**. *Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus.* Thèse de doctorat, Paris, 1905. — **Cumston**. Remarks on the indications for hysterectomy in acute puerperal septicemia. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 717. — **De Arcangelis**. Per la lotta contra il cancro dell' utero. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 11, p. 641. — **Deaver**. Hysterectomy for fibroides of the Uterus. *Am. J. Obst.*, décembre 1905, p. 858. — **Doran (A.)**. A myomectomy a. an ovariatomy for Fibroma during Pregnancy: Labour at term in both Cases. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 397. — **Galland**. *Ind. actuelles de l'hystér. vaginale.* Thèse, Paris, 1904-05, n° 450. — **Goelet**. Hysterectomy or Myomectomie. *Am. J. of Surgery*, novembre 1905, p. 106. — **Keith**. Four Cases of Hysterectomy. *The Lancet*, décembre 1905, p. 1892. — **Lastaria**. La necessita di un precoce intervento nel tratamento dei fibromi uterini in vista della conservazione dell' utero. *Archivio italiano di Ginecol.*, octobre 1905, p. 145. — **Lastaria**. Sul tratamento delle logge di enucleazione dei fibromi uterini. *Archivio italiano di Ginec.*, octobre 1905, p. 150. — **Limnell**. Adenoma malig. cervicis uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 127. — **Lingen**. Ueber die Beziehungen zwischen Uterusfibrom u. Herz. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Hf. 56, Hft. 3, p. 564. — **Maunsell**. Endothelioma of the Uterus. *British Gyn. J.*, novembre 1905, p. 177. — **Pichevin**. Fibromyome et intervention sanglante dans l'état gravidique. *Sem. gyn.*, 7 novembre 1905. — **Pichevin**. A propos du cancer utérin. *La Semaine gynécologique*. Paris, 21 novembre 1905, p. 369. — **Porter**. Personal experience in myo-fibromata of the Uterus. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 738. — **Raw**. Clinical Report on a Case of Chorion-epithelioma malignum with Streptococcal Infection. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 315. — **Roche**. Développement d'un épithélioma dans un fibrome utérin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, n° 53, p. 930. — **Rossier**, La lutte contre le carcinome utérin. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1905, n° 9, p. 617. — **Semmelink et R. de Josselin de Joris**. Beitrag. zur Kenntnis der Adenomyome der Weiblichen Genital apparatus. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 234. — **Simpson**. Unusual Dilatation of Cornual bloodvessels; rupture into-uterine Cavity: hysterectomy, recovery; report of a Case. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 749. — **Sippel**. Die Verscheibungen in der klinischen Beurteilung und operative Behandlung des Uterusmyome. *Munch. mediz. Wochensch.*, 1905, n° 47, p. 2272. — **Sorel**. Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale subtotale. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1905, n° 8, p. 35. — **Velitz (D.)**. Weitere Studien über die Spontanheilung des Chorionepithelioms. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 378. — **Wallart**. Beitrag zur Frage der Ovarialveränderungen bei Blasenmole und malignen Chorionepitheliom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 3, p. 541. — **Werder**. The Byrne Operation and its application in the radical Treatment of cancer of the Uterus. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 700. — **Wertheim, Kelly, Cuthbert, Lockyer**, etc. A discussion on the Diagnosis a. Treatment of Cancer of the Uterus. *British med. J.*, septembre 1905, p. 689. — **Wilson**. The med. Treatment of uterine fibroids and its Limitations. *The Lancet*, décembre 1905, p. 1886.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bourdeau**. Hernie complète des org. gén. profonds de la femme en dehors de la grossesse. Th., Paris, 1904-05, n° 159. — **Cornil**. Tubercules du petit bassin (péritoine, trompe, ovaire et appendice). *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, n° 7, juillet 1905, p. 603. — **Doléris**. Maladie des annexes de la femme. *La Gynécologie*, Paris, octobre 1905, p. 385. — **Eldbrecht**. Pyosalpinx in Pregnancy and confinement. *Am. J. Obst.*, nov. 1905, p. 625. — **Gras**. Coll. pelviennes suppurées ouvertes spont. dans la vessie chez la femme. Thèse de Paris, 1904-05, n° 475. — **Jung**. Beiträge zur Heissluftthera-

pie bei Beckenentzündungen. *Munch. med. Wochensch.*, décembre 1905. — **Routier.** Hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, décembre 1905, p. 1052. — **Simon.** Intra-abdominale Netztorsionen. *Munch. med. Wochensch.*, 1905, n° 41, p. 1979. — **Skutsch.** Entstehung der Hämatocele. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Heft. I, p. 99. — **Worrall.** The Treatment of pelvic Suppuration. *British Gyn. J.*, novembre 1906, p. 258.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Adler.** Ueber Mesenterialzysten. *Munchen. mediz. Wochensch.*, novembre 1905, p. 2223. — **Chavannaz.** L'anurie par cysto-épithéliome de l'ovaire. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1905, n° 51, p. 603. — **Ferroni.** Nuovo contributo allo studio della mola ematomatosa tubarica. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 4, p. 333. — **Flischmann.** Teratoma peritonii mit ausgebreiteten Disseminationen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Heft. 2, p. 396. — **Graefe.** Zur Ovariotomie in der Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*. Bd. LVI, Hft. 3, p. 499. — **Hahn.** Eine weitere diagnostiche interessante Mesenterialzyste. *Munch. Mediz. Wochensch.* novembre 1905, p. 2225. — **Girard.** *Des tumeurs extra-inguinales du ligament rond.* Thèse de doctorat, Paris, Jouve, 1905. — **Pichevin.** Diagnostic et traitement d'un kyste du ligament large. *Sem. gyn.*, 14 novembre 1905. — **Polano.** Zur Entstehung malignen Bauchdeckentumoren nach Entfernung guttartiger Eierstocksgescwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 416. — **Ricci.** Sulle cisti dermoidi dell' ovaia. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 3, p. 97. — **Routier.** Tumeur osseuse du ligament large. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1905, n° 31, p. 921.

ORGANES URINAIRES. — **Cocural.** *Des procédés de dédoublement dans le traitement des fistules vésico-vaginales.* Thèse de doctorat, Paris, 1905. — **Cumston.** The Etiology, Pathogenesis a. Treatment of vesical Calculus in Women *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 306. — **Frédéricq.** Corps étranger dans la vessie. *Bull. Soc. belge Gyn. et Obst.*, t. XVI, n° 3, p. 30. — **Lapthorn Smith.** Three Cases of Repair of Injury to the Ureter; two by transplantation into the bladder, and one by ento-to-end suture. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6 p. 752. — **Loumeau.** Rupture de la vessie; intervention, guérison. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1905, n° 48, p. 567. — **Sfameni.** Fistole ureterali consecutive ad interventi ginecologicie guarite spontanemente o fistole dei canali di Malpighi-Gartner. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 10, p. 577.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Doran (A.).** A case of repeated-tubal pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1905, p. 389. — **Watkins.** Hemorrhages in ectopic pregnancies. *Am. J. Obst.*, décembre 1905, p. 880.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Chase.** Some Considerations on the after Management of abdominal Sections. *Am. J. Obst.*, novembre 1905, p. 648. — **Fenwick.** Four Years'Hospital abdominal Surgery. *British Gyn. J.*, novembre 1905, p. 206. — **Hannes (W.).** Velchen Prinzipien müssen wir zwecks Erzielung einer exakten Laporotomie narbe folgen ? *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 3, p. 482. — **Le Glay.** *Occlusion intestinale cons. à la position de Trendelenburg.* Thèse de Paris, 1904-05, n° 474.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bleibtren.** Ein Fall von Akromegalie (Zerstorung der Hypophysis durch Blutung). *Munch. mediz. Wochensch.*, octobre 1905, p. 2079. — **Sitzenfreg.** Zur Lehre von den spontanem Geburtsverletzugen der Scheide. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVI, Heft. 2, p. 437.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Bergell u. Lipmann.** Ueber die in der Plazenta enthaltenen Fermente. *Munch. mediz. Wochensch.*, 1905, p. 2211. — **Bossi.** Erblichkeit der Tuberk. Untersuch. an menschl. Placenten und Fœten. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 21. — **Calorni.** Contributo allo studio delle alterazion placentari nella eclampsia puerperale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 4, p. 381. — **Costa.** Intorno all'attivita lipolitica della placenta. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 10, p. 367. — **Fossati.** Sulla esistenza di un reticolo nervoso nei villi della placenta. *Annali di Ost. e Ginec.*, avril 1905, p. 351. — **Liepmann.** Biologie d. menschl. Placenta. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Heft. 1, p. 37. — **Little.** The Bacteriology of the puerperal Uterus. *Am. J. Obst.*, décembre 1905, p. 315. —

Plaucher. Les kystes de la face fœtale du placenta. *L'Obstétrique*, septembre 1905, p. 441. — **Opocher**. Sul rapporto quantitativo e qualitativo dei globuli bianchi della vene e delle arterie ombellicali. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 10, p. 354. — **Schenk** u. **Scheib**. Die Stellung u. Bedeutung der Streptococcus pyogenes in der Bakteriologie der Uteruslochien normaler Wochnerinnen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Heft. 325. — **Schick**. Lymphbahnen der Uterusschleimchaut während der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 1.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Dubreuil-Chambordel**. Théorie embryologique des présentations du fœtus. *Gaz. méd. du Centre*, décembre 1905, p. 377.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Le Chevallier** et **Daguet**. Accouchement gémellaire. *Anjou médical*, Angers, octobre 1905, p. 240. — **Neugebauer**. Zwei eigene Beobachtungen von Zwillingsschwangerschaft mit heterotopen Sitz der beiden Eier, je eines intrauterin u. extra-uterin gelagert. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 46, p. 1401.

DYSTOCIE. — **Taussig**. Congenital fœtal Cysts of the Neck obstructing Labor. *Am. J. Obst.*, décembre 1905, p. 875.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Broocks**. Differential Diagnosis of Ectopic Gestation. *Med. Record*, novembre 1905, p. 845. — **Liell**. Repeated tubal pregnancy. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6, p. 762. — **Ronginski**. A case of abdominal Pregnancy undiagnosed until After Operation. *Med. Record*, septembre 1905, p. 501.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Adams**. A Study of four hundred Cases of tuberculosis in children. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6, p. 742. — **Campbell**. The circulatory a. anatomical abnormalities of an acardiac fœtus of rare form. *The Lancet*, septembre 1905, p. 941. — **Fortrey**. A case of Melœna Neonatorum. *The Lancet*, décembre 1905, p. 1893. — **Landois**. Zur Physiologie des Neugeborenen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, vol. XXII, 1905, p. 194. — **Lumpe**. Ein Beitrag zur Kasuistik der Lithopaedien. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 70. — **Maygrier** et **Lallemand**. Des hémorragies multiples chez le nouveau-né. *L'Obstétrique*, septembre 1905, p. 385. — **Ostreil**. Ueber die Vitalität frühgeborener Kinder. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 45. — **Rousset**. La crise génitale chez le fœtus et le nouveau-né. Thèse de Paris, 1905.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **De Lee**. Six cases of Cesarean Section. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6, p. 738. — **Demelin**. La version dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. *L'Obstétrique*, septembre 1905, p. 392. — **De Seigneux**. Quelques mots sur la dilatation du col en obstétrique. *Revue de la Suisse romande*, 1905, n° 2, p. 97. — **Dührssen**. Nochmals Bossi und vagin, Kaiserschnitt. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. I, p. 188. — **Dührssen**. Zur subcutanen Gigli'schen Hebotomie (Pubiotomie). *Berlin. klin. Wochensch.*, décembre 1905, p. 1521. — **Gentili**. Sul taglio cesareo vaginale. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, novembre 1905, p. 673. — **Hammerschlag**. Erfahrungen über dilatierende Operationen in der Geburtshulfe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 851. — **Hoag**. Cœsarean section performed under relative indications. *Surgery Gyn. a. Obstetrics*, novembre 1905, p. 408. — **Holmes**. Cesarean Section in late Labor. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6, p. 732. — **Keer**. Certain details regarding the operation of Cesarean Section in Cases of contracted pelvis based upon a series of thirty Cases. *Am. J. Obst.*, 1905 n° 6, p. 721. — **Knapp**. Artificial dilatation of the Cervix. *Surgery Gyn. a. Obstetrics*, novembre 1905, p. 394. — **Reeb**. Ueber Klinik u. Technik der Pubiotomie. *Munch. mediz. Wochensch.*, novembre 1905, p. 2379. — **Sinclair**. The Methods of artificially dilating the pregnant a. parturient uterus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1905, n° 11, p. 566.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Dunlop**. Some Observations on puerperal Eclampsia. *British med. J.*, décembre 1905, p. 1634. — **Budin**. *De la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin au cours de l'accouchement spontané chez la primipare*. Thèse de doctorat, Paris, 1905. — **Henrotay**. Trois cas d'éclampsie. Deux applications du dilatateur de Bossi. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XVI, n° 3, p. 33. — **Letoux**. Hydramnios aigu, laparotomie, grossesse gemellaire. *Anjou médical*, Angers, octobre 1905, p. 237. — **Mc Dermid**. The hemorrhage of placenta previa. *Am. J. obst.*, décembre 1905, p. 335. — **Morlet**. Perforation de l'utérus puerpéral post-partum et post-abortum. Thèse de doctorat, Paris, 1905. — **Roland**. De l'influence de l'entéro-colite sur la grossesse. *Le Poitou méd.*, septembre 1905, p. 193. — **Rühl**. Uber die Entfernung des in der Gebärmutter zurückgebliebenen abgerissenen Kopfes. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 46, p. 1414. — **Schmidlechner** Eine durch Vincentsche Bakterien verursachte Puerperalerkrankung. *Zeitsch. f. Geb.*

und. Gyn., Bd. LVI, Hft. 2, p. 291. — **Semb.** Pathogenese der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 51.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. **Polano.** Ueber Prophylaxe der Streptokokkeninfecktion bei Geburt und Operation durch aktive Immunisierung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 3, p. 463. — **Partridge.** The history of the obstetric forceps. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 6, p. 765. — **Sittner.** Zur Ausraümung des Uterus beim Abort. *Samml. klin. Vortrage*, 1905, *Gyn.*, n° 149.

VARIA. — **Bonjour.** Peut-on provoquer l'accouchement par la suggestion hypnotique. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1905, n° 11, p. 744. — **Brarckhard.** Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den tierischen Organismus, insbesonders auf die Graviditäl. *Sammlung. klin. Vorträge*, 1905, *Gyn.*, n° 150. — **Pinto (C.).** L'autotrombosi secondo Fellner. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 4, p. 375.

OUVRAGES REÇUS

R. de Seigneux. **Le livre de la sage-femme et de la garde**, suivi de quelques mots sur le traitement du cancer de l'utérus. Avec un agenda obstétrical et 60 feuilles d'observations. Genève, H. Kündig, 1905.

J. Hofbauer. **Grundzüge einer Biologie der menschlichen Plazenta** mit besonderer Berücksichtigung der Fragen der fötalen Ernährung. Vienne et Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1905.

W. Zangemeister. **Atlas der Cystoskopie des Weibes.** Lief. 1 u. 2. Stuttgart, F. Enke, 1906.

Odon Tuszkai. **Kardiopathie und Schwangerschaft** (Sammlung klinischer Vorträge. Gynäkologie : Nr. 151). Leipzig, Breitkopf et Härtel, 1905.

O. Hertwig. **Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés.** Traduit sur la deuxième édition allemande par L. Mercier, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy. Préface de M. le professeur A. Prenant. Paris, G. Steinheil, 1906.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp., E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

RECHERCHES SUR LA SYPHILIS DU PLACENTA

Par MM. **V. WALLICH** et **C. LEVADITI**.

Au moment de la découverte par Schaudinn et Hoffmann du *Spirochæte pallida* (*Treponema pallidum Schaudinn*) dans les lésions syphilitiques, il devenait intéressant de rechercher ce parasite dans les placentas provenant de procréateurs atteints ou même suspects d'infection syphilitique.

Il était permis, dès lors, de se demander si la présence de spirochètes dans le placenta n'allait pas fournir des révélations sur une spécificité cachée, ignorée, ou inavouée chez les parents, ou ne permettrait pas, à l'avenir, d'annoncer avant leur apparition les accidents précoces ou tardifs de la syphilis héréditaire.

I

Avant d'exposer le résultat de nos recherches (1), poursuivies depuis six mois, il n'est peut-être pas inutile d'indiquer à grands traits les notions courantes sur la syphilis placentaire.

On comprend, à l'heure actuelle, sous le nom de placenta syphilitique, un placenta présentant *au point de vue macroscopique* une physionomie tout à fait particulière. Ce placenta présente un volume et un poids exagérés, atteignant 700, 800 grammes ou plus pour un fœtus pesant aux environs de 3 kilogrammes et même au-dessous. Le poids du placenta correspond ordinairement au 1/6 du poids du fœtus ; dans ces circonstances il arrive à en représenter le 1/5 ou même le quart. Il n'est pas rare que le fœtus soit en même temps volumineux et accompagné de beaucoup de

(1) Les documents anatomiques et cliniques de ce travail ont été recueillis à la clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard. Les recherches microscopiques ont été faites dans le laboratoire de M. Metchnikoff, à l'Institut Pasteur.

liquide, cet ensemble constituant ce que M. Pinard qualifie de « gros œuf », avec une fâcheuse signification pronostique.

On n'est pas arrivé jusqu'ici à préciser les circonstances cliniques, dans lesquelles se montre le gros placenta. Il semble manquer quand la syphilis est récente chez la mère et lorsque l'infection date de la fécondation, ou lui est postérieure. On le trouve avec fréquence dans les cas de syphilis héréditaire, même quand celle-ci n'a donné lieu à aucune manifestation chez la mère ; si bien qu'il a été établi comme règle, dans le service de M. Pinard, que tout enfant à placenta lourd ne doit pas téter d'autre femme que sa mère.

En dehors de cette augmentation de poids et de volume, on trouve à ces placentas un aspect particulier : les cotylédons sont saillants, séparés par des sillons profonds. La substance est friable, la couleur rose pâle, et l'aspect de la coupe a été justement comparé à de « la chair à saucisses ».

Les descriptions se rapportant à des lésions placentaires, dites gommeuses ou scléro-gommeuses, remontent à une époque déjà ancienne, où l'on ne connaissait pas encore les infarctus blancs qui existent dans le placenta des albuminuriques.

Il reste donc à noter, au point de vue macroscopique, l'hypertrophie, la friabilité et l'augmentation de poids, et encore d'une façon irrégulière, comme modifications pouvant coïncider avec la syphilis des procréateurs ou des produits.

Au point de vue microscopique on a rencontré, mais d'une façon également irrégulière, des lésions qui caractériseraient la syphilis dans le placenta. Ce seraient l'œdème ou l'hypertrophie du tissu muqueux des villosités, s'accompagnant souvent de phénomènes d'artérite, étendus à toutes les tuniques du vaisseau.

En résumé, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique, on n'a pas trouvé jusqu'ici dans le placenta des lésions manifestement syphilitiques, de sorte que, à l'heure actuelle, on ne saurait affirmer la syphilis par l'examen seul du placenta.

Dès lors, il était intéressant d'entreprendre l'étude du placenta, au point de vue de la recherche des spirochètes, et de voir si l'existence de ce parasite ne permettrait pas d'établir la syphilis, alors que cette maladie, simplement soupçonnée chez l'un ou les deux procréateurs, menace de se manifester chez le nouveau-né.

II

Nos recherches ont été commencées au mois de juin 1905 et continuées depuis ce moment, mais avec des méthodes différentes. Tandis qu'au début nous employions exclusivement la méthode des frottis colorés d'après la méthode de Giemsa, nous nous sommes servis, depuis le mois d'octobre, de la méthode d'imprégnation à l'argent (1). Pendant que nous poursuivions nos recherches, Paaschen (2), à la Société médicale de Hambourg, a présenté des préparations de placenta contenant des spirochètes. Les constatations de cet auteur ont été confirmées depuis par Schaudinn (communication personnelle).

En France, Menetrier et Rubens-Duval (3) ont publié l'observation d'un enfant hérédo-syphilitique présentant du pemphigus plantaire et palmaire, dont le placenta contenait un grand nombre de spirilles. D'après ces auteurs, les spirochètes existaient *exclusivement* dans les vaisseaux et dans le sang des villosités.

III

Les placentas sur lesquels ont porté les recherches actuelles sont au nombre de 13 (4).

Ils comprennent 6 cas, dans lesquels la syphilis est établie d'une façon certaine, chez le père dans deux cas, chez la mère dans deux cas, et enfin chez les fœtus ou le nouveau-né (pemphigus) dans deux observations. Dans les sept autres cas, la syphilis est simplement *soupçonnée*, tantôt à cause du poids excessif du placenta, tantôt à cause d'une série d'enfants morts et macérés expulsés à terme ou avant terme.

---

(1) Procédé à l'argent simple (Levaditi, *Soc. de Biologie*, séance du 21 octobre 1905) et à la pyridine (Levaditi et Manonélian, *Soc. de Biologie*, séance du 20 janvier 1906).

(2) Paaschen. *Münchener med. Woch.*, n° 49, 1905.

(3) P. Menetrier et H. Rubens-Duval, Sur un cas de septicémie à spirochètes de Schaudinn chez un nouveau-né syphilitique. *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 29 décembre 1905, n° 38.

(4) Les résultats de nos recherches ont été communiqués à la Société de Biologie, séance du 27 janvier 1906. A la même séance, MM. Nattan-Larrier et Brindeau ont présenté l'observation d'un placenta contenant des spirochètes, placenta appartenant à un fœtus mort et macéré, né d'une mère qui offrait des accidents secondaires.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

	OBSERVATIONS	SYPHILIS	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	PREMIERS ACCIDENTS	TRAITEMENT	HAUTEUR DE L'UTÉRUS	ÉTAT DE L'ENFANT	POIDS ENFANT	POIDS PLACENTA
1	1206	Maternelle.	4 : le premier est un avortemt de 2 mois et demi. Tous les autres sont terminés à terme : enfants vivants bien portants.	Chancre en mai 1904 6 mois après la naissance du dernier enfant.	Traitée.	34 c.	Vivant.	3.530 gr.	550 gr.
2	1227	Paternelle.	1 : enfant vivant bien portant, pesant 2.470 gr. et le placenta 350 gr.	Chez le père, bouton à la lèvre inférieure il y a 2 ans, puis roséole.	Traitée 6 mois.	26 c.	Mort et macéré.	1.920	620
3	1299	?	4 : 1° vivant; 2° mort et macéré; 3° mort et macéré; 4° vivant, 3.950 gr.; plac., 720 gr.	?	Traitee pendant 3 mois.	38 c.	Vivant.	4.800	760
4	1316	?	4 : 1° vivant; 2° mort et macéré; 3° mort et macéré; 4° mort et macéré.	?	Traitée pendant 3 mois.	»	Mort et macéré.	2.450	480
5	1319	?	1 : père différent.	»	»	29 c.	Mort et macéré.	1.900	820
6	1352	?	2 : 1° vivant, mort à 15 jours « pieds et mains pelés » ; 2° morte après naissance, *pemphigus*; enfant vivant à terme.	Éruption, céphalalgie, maux de gorge, 2 mois après mariage.	Aucun.	35 c.	Vivant.	3.550	600
7	1436	?	2 : Deux enfants vivants.	»	»	34 c.	Vivant.	3.500	750
8	1438	?	3 : 1° et 2° vivants; 3° à 7 mois, mort deux jours après. Père différent pour 3 premiers.	»	»	»	Mort et macéré.	2.020	480
9	1533	?	Primipare.	»	»	35 c.	Vivant.	3.550	700
10	1560	?	12 : tous à terme; enfants vivants.	»	»	33 c.	Vivant.	2 650	640
11	1740	Maternelle.	4 : un père différent pour première grossesse ; 1° vivant *pemphigus*; 2° vivant, 3.380 gr.; placenta, 630 gr.; 3° vivant 3.760 gr.; placenta, 650 gr.; 4° vivant.	Il y a 9 ans, chancre de la grande lèvre.	A deux reprises, au moment du chancre, et l'année suivante, pendant un mois.	»	Vivant.	3.850	630
12	1918	?	3 : 1° vivant, 2.480 gr.; placenta, 360 gr.; 2° avortement; 3° vivant, 3.220 gr.; placenta, 610 gr.	»	»	31 c.	Vivant, *pemphigus*; mort deux jours après.	2.300	450 *spirochètes*.
13	—	Paternelle.	Primipare.	1ers accidents chez le père il y a 7 ans.	Traité pendant 4 ans.	»	Vivant.	4.000	545

On trouvera dans le tableau ci-contre le résumé de ces 13 observations.

La recherche des spirochètes dans le placenta a été pratiquée sur frottis dans toutes ces observations ; elle n'a été faite sur coupes que dans 5 cas : 1, 10, 11, 12, 13.

Les spirochètes n'ont été rencontrés que dans un seul cas sur les coupes; c'est dans la 12ᵉ observation, dont il est intéressant de résumer les détails.

B..., Juliette, âgée de 23 ans, brodeuse, accouche pour la 4ᵉ fois, dans le courant du 9ᵉ mois après la fin de ses dernières règles, d'un enfant pesant 2.300 grammes, présentant un abdomen volumineux et du pemphigus plantaire et palmaire. Cet enfant succomba deux jours après sa naissance. Le placenta pesait avec les membranes complètes 450 grammes.

On ne relève chez la mère, ni par l'interrogatoire, ni par l'examen, aucune trace de spécificité.

Les renseignements recueillis sur les grossesses antérieures sont les suivants :

1ʳᵉ grossesse en 1901. L'accouchement a lieu à la clinique Baudelocque (obs. 1037) à 8 mois environ. L'enfant bien portant est vivant encore à l'heure actuelle; il pesait à sa naissance 2.480 grammes et son placenta 460 grammes.

2ᵉ grossesse en 1903. Avortement de 3 mois en ville.

3ᵉ grossesse en 1904. Accouchement dans le cours du 9ᵉ mois, à la clinique Baudelocque (obs. 342); l'enfant bien portant est encore vivant, il pesait à sa naissance 3.220 grammes et le placenta 610 grammes.

4ᵉ grossesse. C'est la grossesse actuelle. Les dernières règles ont eu lieu du 15 au 22 avril 1905. L'utérus mesurait 31 centimètres. L'accouchement a eu lieu le 22 décembre.

La femme n'a jamais eu aucun accident, et on ne relève chez elle aucune trace de syphilis. Le père n'a pu être interrogé directement. Il aurait, au moment où sa femme commençait sa dernière grossesse, ressenti des maux de tête, éprouvé des maux de gorge fréquents, et perdu dans cette période ses cheveux et ses dents. Tous ces renseignements sont très vagues.

L'enfant mourut deux jours après sa naissance, et on put faire à l'autopsie les constatations suivantes :

Le foie est gros et dur, de couleur rouge bleuâtre. Sa surface est parsemée de petits points blancs, foyers de sclérose.

La rate est très grosse, de couleur brune, plus dure que normalement.

Rien de particulier du côté des reins. Les capsules surrénales sont hypertrophiées, sans lésions apparentes.

Les poumons sont normaux.

La peau de la paume des mains et surtout de la plante des pieds est couverte de bulles de pemphigus flétries.

Examen du placenta. — Le placenta macroscopiquement ne présente aucune particularité. Il n'est pas augmenté de volume, son poids de 450 grammes ne présente rien d'excessif par rapport à celui du nouveau-né, qui est de 2.300 grammes.

Au point de vue histologique, on constate un certain épaississement des parois vasculaires dans les vaisseaux appartenant aux ramifications intra-placentaires du cordon, et formant le tronc des villosités. On trouve en outre une accumulation de polynucléaires dégénérés dans les espaces sanguins maternels.

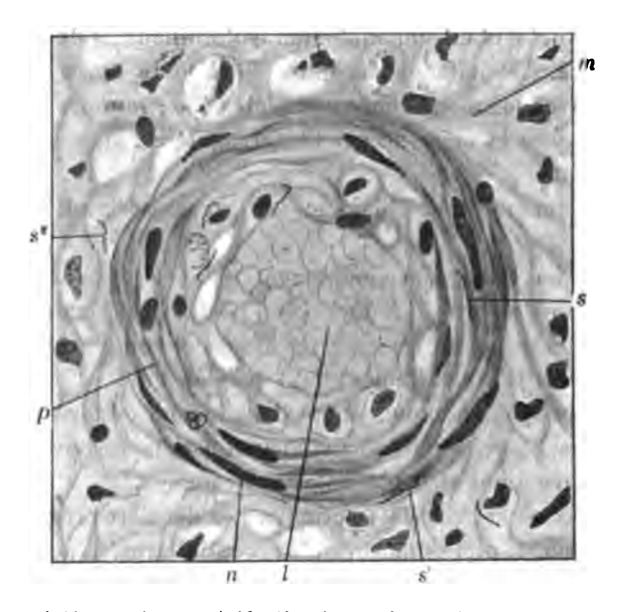


Fig. 1. — *Coupe intéressant une ramification intra-placentaire d'un vaisseau du cordon.*

l, lumière du vaisseau rempli de globules rouges ; — *p*, paroi vasculaire avec *n*, noyaux ; — *m*, tissu muqueux ; *s*, *s'*, spirochètes dans la paroi du vaisseau ; — *s''*, spirochètes dans le tissu muqueux.

Les spirochètes existent en assez grand nombre. On les trouve tout d'abord dans la paroi des gros vaisseaux épaissis, appartenant aux ramifications du cordon (fig. 1). Ils sont disposés d'une façon concentrique entre les fibres conjonctives et musculaires de la paroi vasculaire. En outre, on les rencontre, en plus grand nombre, dans les villosités (2). Dans ces dernières, ils sont disposés, soit en plein tissu muqueux, soit au contact de la paroi des capillaires villeux. Un certain nombre d'entre eux se trouvent entre les cellules de la couche de Langhans, sous le syncitium.

Malgré nos recherches minutieuses, nous n'avons pas pu trouver de

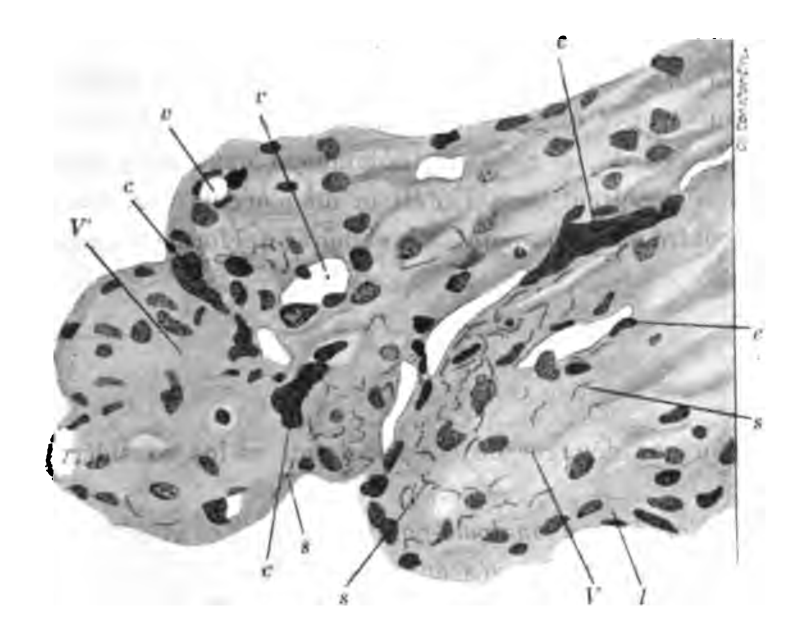


FIG. 2. — *Coupe intéressant deux villosités V et V'.*
v, vaisseau capillaire ; — *e*, endothélium vasculaire ; — *c*, noyaux du syncitium ; — *l*, couche de Langhans *s*, spirochètes.



FIG. 3. — *Coupe intéressant une portion de la caduque.*
c, cellules de la caduque ; — *s*, spirochète entre les cellules de la caduque.

spirochètes dans le sang des espaces intervilleux. Tout ce qui précède concerne la partie fœtale du placenta.

Dans la partie maternelle, sur les nombreuses coupes examinées, nous n'avons trouvé que de très rares spirochètes, disposés entre les grosses cellules de la caduque, notamment dans les piliers de cette caduque qui pénètrent dans l'intérieur du placenta (fig. 3). Nous n'en avons rencontré en aucun point de la caduque qui forme la surface utérine du placenta.

IV

Nous pouvons dégager de ces constatations les considérations suivantes :

1° *Au point de vue anatomo-pathologique*, il convient de noter que les spirochètes ont été trouvés en majorité dans les parties fœtales du placenta, ce qui est naturel, étant donné que les frottis et les coupes des divers organes du fœtus en ont fourni en abondance (1). A côté de cela, nous avons décelé quelques rares parasites dans les parties maternelles de ce placenta. Ce fait est d'autant plus surprenant que la mère n'a jamais présenté aucune trace de spécificité.

Ces spirochètes, trouvés dans les parties maternelles du tissu placentaire, existaient-ils dans ces parties, alors que le placenta était dans l'utérus ? ou bien faut-il admettre que ces parasites ont pénétré dans la caduque ultérieurement, après la délivrance ? Il est difficile de répondre à ces questions, étant donné que la fixation du placenta n'a été faite qu'au bout d'un certain temps, et qu'il est très possible que les spirochètes, organismes très mobiles, aient pu quitter les villosités, pour se diriger vers les cellules de la caduque et s'infiltrer parmi elles. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que sur nos coupes les spirilles sont bien cantonnés dans la villosité, et nous devons dire même que nous n'en avons point rencontré faisant mine de s'en échapper.

La disposition périvasculaire des spirochètes dans le placenta mérite d'être remarquée et comparée à la topographie semblable que ces parasites présentent dans les organes des nouveau-nés hérédo-syphilitiques et dans le chancre (Levaditi).

---

(1) L'étude microscopique des organes de ce nouveau-né a été faite par MM. Sauvage et Levaditi.

Il faut signaler enfin que nous n'avons jamais trouvé de spirochètes dans les frottis, aussi bien dans ceux de ce dernier placenta que dans les frottis qui provenaient des autres observations. On peut attribuer cette particularité au fait que le sang, en abondance, dilue d'une façon excessive les produits du raclage et rend difficile la découverte des parasites. Telles sont les remarques suggérées par nos constatations histologiques.

2° *Au point de vue clinique*, il y a lieu de noter les particularités du cas dans lequel il nous a été possible de déceler la présence des spirochètes dans le placenta. Le nouveau-né présentait des lésions syphilitiques manifestes de la peau (pemphigus), ainsi que des viscères; de plus, il était atteint d'une infection spirillienne intense, alors que la mère n'a jamais présenté des stigmates de spécificité et que l'état du père reste indéterminé. Cette observation mérite donc d'être rapprochée de celle de Menetrier et Rubens-Duval, où le fœtus avait aussi du pemphigus, cependant qu'on ne relevait, ni chez le père ni chez la mère, aucune trace de syphilis.

En résumé, à notre connaissance, *les spirochètes n'ont été vus dans le placenta, jusqu'ici, que dans des cas où la syphilis était évidente chez le fœtus.* Il en résulte donc qu'il semble difficile d'attendre, du seul examen histologique du placenta fait au point de vue de la présence du spirochète, un diagnostic rétrospectif de la syphilis des parents ou un pronostic sur la santé de l'enfant.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES OVAIRES

APRÈS CERTAINES INTERVENTIONS POUR ANNEXITES CHRONIQUES

Par le docteur **VAUTRIN**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Je me propose de relater et d'interpréter, sans grands détails, quelques faits intéressants de ma pratique chirurgicale, afin de montrer que, dans les lésions annexielles bilatérales, la castration abdominale totale est l'opération préférable à l'exclusion de toute autre. De nombreux arguments ont été fournis, à l'appui de cette opinion ou contre cette opinion, par les partisans de la voie haute ou de la voie basse, par ceux de la conservation ou de l'intervention radicale. C'est une discussion encore ouverte, qui a beaucoup passionné les esprits et qui, de temps en temps, reparaît à l'ordre du jour des Sociétés savantes. Je ne veux pas reprendre les éléments de cette discussion qui commence à s'épuiser, les adeptes de l'hystérectomie vaginale devenant de plus en plus rares et silencieux ; mon but est de faire valoir une raison qui n'a guère été alléguée en faveur de la castration abdominale totale et qui, néanmoins, n'est pas dépourvue de valeur. Elle a trait à la *dégénérescence kystique des ovaires* ou des débris d'ovaires, abandonnés, sciemment ou non, dans le bassin après l'intervention.

En premier lieu, j'examinerai ce que deviennent les ovaires ou débris d'ovaires laissés au milieu des exsudats pelviens après les opérations vaginales. En second lieu, j'envisagerai la destinée des ovaires conservés dans un but fonctionnel, après la salpingectomie pratiquée par la voie haute.

Les lésions annexielles importantes étaient considérées, il y a quelques années, comme justiciables des opérations par le vagin. La laparotomie, que l'on pratiquait alors assez timidement et sans le secours de la position inclinée de Trendelenbourg, était, à juste titre, regardée comme dangereuse dans tous les cas d'infection salpingienne sérieuse. Contre les suppurations pelviennes collectées dans le cul-de-sac de Douglas, on préconisait la *colpotomie postérieure* ; enfin, contre les annexites plus ou moins enkystées et adhérentes, on employait l'*hystérectomie vaginale.*

La *colpotomie*, dont j'ai été un des chauds partisans, me tentait à un double titre. D'abord, parce qu'elle constitue une opération simple, facile et rapide dans son effet ; ensuite, parce qu'elle conserve le fonctionnement génital et tous les attributs sexuels de la femme. Si les premiers effets de la colpotomie sont favorables, il n'en est pas de même des résultats consécutifs, et, au bout de plusieurs années d'expérience, il fallut bien se rendre à l'évidence. Pour quelques malades guéries par la colpotomie postérieure, il en est de nombreuses que l'opération soulage à peine, et qui restent exposées à des souffrances continuelles et à une suppuration persistante. La plupart de mes malades élytrotomisées durent subir secondairement l'hystérectomie vaginale ou abdominale; d'autres furent colpotomisées plusieurs fois, à mesure que de nouvelles collections purulentes réapparaissaient. Il serait cependant injuste de dire que l'incision du cul-de-sac postérieur n'ait guéri aucune de mes malades ; je pourrais en citer une dizaine au moins qui n'ont plus souffert dans la suite et chez qui la conservation des organes malades n'a été suivie d'aucune conséquence fâcheuse. Il en est même deux qui ont pu mener à bien des grossesses subséquentes.

Le plus grand reproche que l'on puisse adresser à la colpotomie postérieure, c'est qu'elle n'atteint que les collections évidentes, les poches volumineuses, et qu'elle n'atteint pas ou atteint mal la lésion salpingienne. Ces reproches, et d'autres encore que je passe sous silence, ont été maintes fois opposés aux plaidoyers chaleureux de Laroyenne et de son école ; il est inutile d'y revenir. Mais à l'exclusion des lésions tubaires qu'elle respecte trop, la colpotomie laisse persister aussi, et en les aggravant, les exsudats pelviens qui entourent l'utérus et les ovaires. Ces organes, comprimés et altérés par les formations néo-membraneuses voisines, deviennent douloureux et subissent parfois la *dégénérescence kystique*. C'est sur ce point spécial que je m'arrêterai tout à l'heure.

L'*hystérectomie vaginale* était l'opération de choix dans les lésions annexielles, avant l'ère chirurgicale actuelle. Péan avait beaucoup fait pour vulgariser cette opération, que tous les chirurgiens acceptèrent à une certaine époque et pratiquèrent couramment avec de beaux succès. Les statistiques d'alors paraissaient belles; elles ne peuvent plus nous contenter aujourd'hui, depuis que nous savons aborder par la voie sus-pubienne les collections du bassin et les extirper presque sans danger.

Il a fallu les résultats brillants de la chirurgie abdominale, qui met à découvert les altérations et permet de les enlever radicalement, pour faire

oublier l'hystérectomie vaginale, opération brillante également, mais toujours aveugle et sans précision suffisante.

L'hystérectomie vaginale supprimait d'abord l'utérus, ensuite les trompes et les ovaires, mais par fragments, au prix de manœuvres complexes de décollement et d'éducléation ; on opérait à bout de doigt, dans une région que l'on atteignait à peine et où l'on risquait de blesser des organes importants. Malgré tous les efforts, on libérait imparfaitement les annexes et on était fréquemment exposé à en laisser des parcelles au milieu des adhérences. De là, en ce qui concerne l'ovaire que j'envisage seul, des douleurs persistantes et des dégénérescences ultérieures.

Ces *dégénérescences* n'ont pas été étudiées comme elles le méritent. Elles étaient cependant loin d'être exceptionnelles durant la période où florissait l'intervention vaginale. Nombre d'auteurs les citent, mais sans s'y arrêter longuement, et tout simplement à titre documentaire.

Je voudrais rapporter dans ce travail quelques cas de tumeurs polykystiques de l'ovaire, que j'ai observés après la colpotomie postérieure et l'hystérectomie vaginale. J'y joindrai ceux que j'ai rencontrés après les opérations conservatrices abdominales, faites pour des inflammations annexielles. Il me sera ensuite possible d'en tirer quelques conclusions.

Après la *colpotomie postérieure*, pratiquée pour annexites suppurées, avec volumineuses collections pelviennes, j'ai rencontré deux cas de dégénérescence polykystique des ovaires. C'est une faible proportion sur le nombre considérable de colpotomies que j'ai exécutées (environ quatre-vingts). Cependant, je dois dire que de nombreuses malades ont échappé à mon observation dans la suite. Je traitais volontiers par l'incision du cul-de-sac postérieur les malades atteintes de collections tubaires, au début de ma pratique, à une époque où les opérations vaginales seules étaient en usage ; je voyais à cette méthode l'avantage d'être peu grave et conservatrice. J'ai ainsi guéri quelques femmes en les opérant de bonne heure, au moment où les lésions n'avaient encore que faiblement retenti sur le péritoine pelvien et les ovaires. A mon avis, une des indications de la colpotomie qui, à l'heure actuelle, persiste et reste vraie, *se rencontre dans les collections aiguës et récentes*, où elle est capable de guérir rapidement, en évacuant la suppuration. La *restitutio ad integrum* est alors possible dans la suite.

En dehors de cette indication spéciale, l'élytrotomie postérieure appliquée aux salpingites refroidies ou chroniques, avec exsudats pelviens et foyers de pelvi-péritonite séreuse ou suppurée, est une opération insuffi-

sante et même mauvaise. On peut et on doit l'employer parfois comme premier temps d'une intervention radicale, quand la malade infectée éprouve de vives douleurs ou des troubles généraux graves par le fait d'une collection purulente dans le cul-de-sac recto-utérin, mais là, elle ne guérit pas, elle est un adjuvant utile et une préparation pour la cure chirurgicale future.

Pour avoir voulu employer la colpotomie dans quelques cas de pyo-salpingite à allure subaiguë ou chronique, j'ai dû bon nombre de fois en terminer par l'hystérectomie vaginale ou par la castration abdominale totale. Deux malades, qui semblaient avoir bénéficié sensiblement de cette opération, suivie d'un drainage pelvien prolongé, ont vu survenir dans la suite des tumeurs ovariques, que j'ai dû extirper ensuite. Voici ces deux observations très résumées :

Obs. I. — Mlle D..., âgée de 27 ans, avait été opérée, en 1897, par la colpotomie postérieure, pour une suppuration pelvienne, d'allure subaiguë, qui avait induré le cul-de-sac de Douglas et refoulé l'utérus contre le pubis. Toutes les poches secondaires purulentes avaient été ouvertes et drainées. A la suite de l'opération, la patiente avait vu disparaître ses douleurs et avait repris ses occupations d'employée dans un magasin de nouveautés. En 1900, elle ressent des souffrances dans le bassin et dans la cuisse gauche ; les règles sont pénibles, abondantes et prolongées. Je constate que le bassin est à peu près rempli par une tumeur liquide, sans mobilité, qui repousse l'utérus à droite et en avant. La défécation est gênée et la miction fréquente. Je propose une laparotomie, qui est acceptée.

Après ouverture de l'abdomen, je trouve l'épiploon adhérent en avant de la vessie, de l'utérus et de la tumeur. Ne pouvant procéder par décollement à cause de la fixité des adhérences, je traverse l'épiploon et, en refoulant quelques anses grêles assez péniblement détachées de la tumeur, j'arrive sur le pôle supérieur de celle-ci. Un trocart aspirateur réussit à vider deux ou trois poches liquides, ce qui réduit le volume de la masse fixée dans le bassin. De tous côtés se trouvent des néo-membranes résistantes, unissant le kyste avec l'intestin grêle, le rectum, l'S iliaque et même le cæcum. Le fond de l'utérus est devenu accessible ; je le saisis par une forte pince et, avec de grandes difficultés, je sépare l'organe de ses connexions avec la vessie et en arrière avec la tumeur et le rectum. Laissant les annexes malades en place, j'extirpe l'utérus totalement, sans hémisection préalable. Dès lors, j'ai accès sur le fond du bassin par la brèche ainsi créée, et de bas en haut je décolle et j'attire les annexes droites, qui sont extirpées. Pour le côté gauche, ce fut plus laborieux. Il me fallut avoir raison d'abord de l'intime accollement avec la face antéro-latérale du rectum et ensuite des connexions étroites du kyste avec le ligament large distendu et le péritoine pelvien. Cependant, dès que le gâteau

profond, composé d'une infinité de petits kystes, fut séparé du plancher pelvien, il fut relativement assez simple d'énucléer les portions supérieures et d'extirper par lambeaux les parois des cavités vidées par aspiration. L'opération terminée, un drainage vaginal fut installé dans le bassin, puis des sutures en surjet, placées sur le péritoine vésical et sur le rectum, réussirent à fermer la cavité abdominale par une péritonisation facile. Suites favorables.

Obs. II. — Mlle E..., 32 ans, avait subi deux ans auparavant une colpotomie postérieure pour une suppuration pelvienne importante, lorsqu'elle dut subir en 1902 une seconde opération pour une tumeur volumineuse occupant le bassin et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Je reconnus, dès le premier examen, que cette tumeur n'était autre chose qu'un kyste multiloculaire de l'ovaire. La laparotomie s'imposait; elle fut acceptée aussitôt et exécutée rapidement, parce que, dans les derniers temps, le volume du kyste s'était sensiblement accru.

Après incision sur la ligne blanche, je mis à découvert une tumeur kystique intraligamentaire, portant en avant d'elle, en bas et à droite, l'utérus fortement remonté, et présentant la trompe en sautoir sur sa face antéro-latérale gauche. On percevait sur les parties latérales des veines volumineuses et en arrière des adhérences nombreuses, qui oblitéraient le bassin, empêchant le doigt de limiter la masse morbide. Une incision fut pratiquée sur le revêtement séreux du kyste, en avant et en arrière de la cavité kystique supérieure, qui surplombait le détroit supérieur de toute sa masse globuleuse. Cette incision permit d'amorcer le décollement intraligamentaire du kyste et de pousser cette manœuvre jusqu'au niveau du bassin. Puis un trocart aspirateur enfoncé dans le kyste supérieur le vida rapidement d'un liquide épais, brun, composé en grande partie de sang extravasé. Après cette poche hémorragique, d'accroissement récent, une autre cavité fut ponctionnée et vidée. Dès lors, l'énucléation put être continuée dans l'espace intraligamentaire, sur la face antérieure du kyste. Sur la face postérieure, il fut impossible de procéder de la même manière, à cause des adhérences solides et résistantes qui englobaient la trompe et l'ovaire. Je pris le parti de pratiquer l'hystérectomie totale par le procédé de l'hémisection préalable. Ensuite, je pus de bas en haut extraire du bassin la trompe gauche avec la tumeur. Les annexes droites furent extirpées sans grande difficulté, malgré le volume assez considérable de l'ovaire prolabé dans le Douglas et devenu kystique lui-même au milieu de néo-membranes compactes. L'opération fut terminée par un drainage vaginal et la péritonisation ordinaire. La guérison survint sans encombre.

Les deux observations précédentes montrent que la colpotomie peut évacuer complètement le contenu purulent de collections annexielles, et que de ce côté une accalmie plus ou moins définitive peut survenir, mais dans la suite des lésions ovariennes, produites par l'inflammation et la péri-ovarite exsudative, sont susceptibles de se montrer et de créer un

état grave, nécessitant la castration totale. La dégénérescence polykystique de l'ovaire, emprisonné dans des adhérences résistantes, a eu comme conséquence dans les deux cas précédents de donner naissance à une tumeur pelvienne très adhérente et à un kyste intraligamentaire d'extraction particulièrement difficile. Nous allons voir que l'*hystérectomie vaginale*, appliquée aux annexites, est parfois suivie de complications analogues et non moins graves. Il m'a été donné d'observer la formation de tumeurs kystiques de l'ovaire dans 4 cas d'oophoro-salpingites traitées par l'hystérectomie vaginale. Je rapporte en quelques lignes ces observations.

Obs. III. — Mme L..., âgée de 41 ans, avait été opérée par moi en 1897, pour des lésions salpingiennes chroniques. Il existait une fistule recto-vaginale consécutive à l'ouverture d'une ancienne poche de suppuration pelvienne dans le rectum et dans le vagin. L'hystérectomie vaginale avait été laborieuse, et seules les annexes droites, moins adhérentes, avaient pu être extirpées entièrement ; à gauche, la dureté des exsudats péri-annexiels et le voisinage du rectum intimement accolé n'avaient pas permis l'extraction totale de la trompe et de l'ovaire. La guérison avait cependant été assez rapide et paraissait complète, puisque la fistule intestinale s'était oblitérée, et les souffrances avaient cessé dans la suite.

En 1902, Mme L... vint me prier d'examiner son ventre qui avait augmenté de volume depuis 5 mois ; elle éprouvait en outre des troubles de compression de la vessie et du rectum. Il existait de l'albumine dans les urines. Il me fut aisé de reconnaître l'existence d'un kyste ovarique, remplissant entièrement le bassin. Dès que l'albumine eut presque disparu, grâce au régime lacté, j'entrepris l'extirpation de la tumeur par la laparotomie.

Je retirai par le trocart 3 litres d'un liquide épais, d'aspect mucoïde, d'une poche kystique supérieure, qui avait pu se créer issue vers la cavité abdominale à travers des adhérences très denses qui agglutinaient en arrière et sur les côtés les anses grêles avec l'S iliaque. Il me fut impossible de trouver dans la tumeur restante des cavités kystiques se prêtant à une évacuation et à une réduction appréciable. Il existait dans le gâteau néoplasique une foule de petites cavités remplies d'un liquide épais et gluant, et leurs parois fragiles et friables adhéraient intimement au rectum en arrière et au péritoine pelvien, ainsi qu'à la vessie. La limitation et l'énucléation de la tumeur furent fort longues et très difficiles, en raison de la friabilité des parois et de l'œdème, qui infiltrait les couches celluleuses voisines. La vessie fut déchirée dans le décollement ; elle fut suturée aussitôt. L'uretère gauche ne fut épargné que par des recherches et des précautions très minutieuses. Le rectum, ainsi que je m'y attendais, fut ouvert sur une hauteur de 5 centimètres au moins. Une anse grêle eut à pâtir sérieusement, puisque ses tuniques séreuse et musculaire furent arrachées sur une certaine étendue. Des sutures soignées

fermèrent toutes ces brèches. Enfin, le kyste put être enlevé en entier.

L'opération avait duré 2 heures. J'installai, pour finir, un drainage par le vagin, et je péritonisai au-dessus du détroit supérieur, avec le secours de l'S iliaque et des adhérences unissant quelques anses grêles.

Le résultat fut bon, malgré la complication intercurrente d'une phlébite de la saphène interne gauche. La malade put quitter la clinique après 5 semaines de séjour au lit ; elle a repris ses occupations et retrouvé une santé parfaite.

Obs. IV. — Mme P..., âgée de 38 ans, hystérectomisée en 1895 par moi-même à l'hôpital de Nancy, pour salpingo-ovarite avec périmétrite, avait déjà subi antérieurement, par les soins du docteur Marlier, de Bruyères, une colpotomie pour suppuration pelvienne développée autour des annexes droites.

En pratiquant l'hystérectomie vaginale, j'avais éprouvé de grandes difficultés à extirper les annexes droites ; celles de gauche, sclérosées et haut placées, durent être abandonnées en partie ; l'ovaire entier resta méconnu au milieu des exsudats. La guérison resta parfaite en apparence jusqu'en 1896.

A cette époque, la malade ressentit dans le bas-ventre des douleurs et des malaises analogues à ceux qu'elle avait éprouvés lors de ses grossesses antérieures. Depuis l'hystérectomie subie en 1895, la malade avait vu tous les mois reparaître quelques pertes sanguines peu abondantes, par le tronçon de la trompe respectée. En octobre 1896, ces écoulements disparurent, tandis que le ventre augmentait de volume progressivement. Mme P... vint me faire part en janvier 1897 de ses craintes au sujet d'une grossesse. Après examen détaillé, je reconnus l'existence d'une tumeur liquide, remplissant le bassin, s'appuyant sur la fosse iliaque gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. Je pensai à un kyste ovarique très adhérent et je proposai une intervention, qui fut acceptée.

Le 25 janvier 1897, je fis la laparotomie et rencontrai dans l'abdomen une tumeur liquide régulière, composée d'une grande poche supérieure et d'autres petites poches incluses dans le bassin. Une circonstance me frappa d'abord : ce fut la présence, en avant de la tumeur depuis le haut jusqu'en bas, du côlon descendant et de l'S iliaque. L'intestin paraissait étalé et adhérent au kyste, et l'on voyait nettement que les feuillets du méso entouraient la tumeur. Le kyste était donc inclus dans le méso-côlon. Je fis sur le bord gauche de la partie supérieure du rectum une incision de 4 à 5 centimètres, mettant à nu une partie de la surface du kyste, et dans l'aire de dégagement j'enfonçai un trocart aspirateur, qui en quelques instants vida la poche kystique de 5 à 6 litres d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Il me fut facile de décoller le kyste supérieur de sa loge celluleuse et de l'extraire par la courte incision pratiquée, mais les difficultés commencèrent lorsque je voulus énucléer la tumeur dans sa partie pelvienne. Je dus alors allonger la brèche vers la partie inférieure, la prolongeant sur le péritoine recouvrant le kyste jusqu'à la vessie. Le gâteau pelvien était fixé de tous côtés au péritoine et surtout au rectum ; seuls le feuillet antérieur du ligament large et la vessie purent être séparés rapidement. De nombreux vaisseaux veineux durent être liés chemin faisant,

et l'uretère, cherché au niveau du point où il croise les vaisseaux iliaques, fut poursuivi sur le flanc de la tumeur jusqu'à la vessie pour éviter sa blessure. La séparation du rectum fut très laborieuse et délicate, à cause de la profondeur des manœuvres de décollement. Enfin, après deux heures environ d'efforts, l'opération semblait bien terminée, sans incident fâcheux. Il restait une vaste loge d'énucléation sous le péritoine pelvien, entre les feuillets du ligament large et ceux du méso-rectum ; elle fut drainée par l'abdomen à l'aide de deux drains, autour desquels les feuillets péritonéaux furent suturés.

Le soir même, la malade éprouva de vives douleurs abdominales ; le pouls était fréquent et petit. Le ballonnement apparut dès les premières heures. Le lendemain, les vomissements étaient continuels, le facies altéré, le pouls petit et filant. La température atteignait 39°. Par les drains abdominaux s'écoulait un mélange de sang et de matières stercorales. La malade fut aussitôt transportée à la salle d'opération et l'incision de laparotomie fut ouverte. Je trouvai le ventre rempli de matières fécales dans sa partie inférieure, et on voyait sourdre ces matières le long des drains, de l'intérieur de la cavité sous-péritonéale. Les drains retirés, j'examinai l'intérieur de cette cavité et le rectum, sur la partie inférieure duquel je remarquai une déchirure béante de 2 à 3 centimètres de longueur, d'où s'écoulaient des matières demi-liquides. Après toilette aussi complète que possible, le rectum fut suturé, et un drainage à la Mickulicz fut placé dans les points contaminés. Malgré tous nos soins, la malade succomba dans la soirée à des accidents de péritonite subaiguë.

Obs. V. — En février 1889, Mme S..., âgée de 49 ans, avait subi pour un fibrome utérin hémorragique, compliqué d'annexites bilatérales suppurées, l'hystérectomie vaginale. Les ovaires des deux côtés, ainsi que les portions terminales des trompes, maintenus par des adhérences en des régions élevées du bassin, n'avaient pu être extirpés. La guérison s'était effectuée en excellentes conditions et semblait définitive, lorsque, vers le mois de juin 1902 Mme S... éprouva des douleurs dans le ventre et s'aperçut d'une notable augmentation du volume de l'abdomen. Je fus consulté à cette époque, et je reconnus l'existence d'une tumeur à point de départ pelvien, qui dépassait déjà sensiblement le pubis. En août, la tumeur avait triplé de volume et atteignait le voisinage de l'ombilic. Je conseillai une opération, qui fut différée jusqu'en octobre.

La laparotomie démontra l'existence d'un kyste ovarique multiloculaire et végétant, libre et sans adhérences notables dans sa partie supérieure, inclus dans le ligament large droit par sa portion inférieure, dure, très vasculaire et entourée d'une gangue de tissus œdématiés. Après ponction de plusieurs loges remplies d'un liquide mucoïde plus ou moins foncé, j'énucléai toute la masse de l'espace interligamentaire droit, éprouvant beaucoup de peine à libérer la tumeur de ses connexions serrées avec le cul-de-sac de Douglas et le rectum. J'extirpai également l'ovaire gauche, fixé à la face latérale du bassin dans un lit d'adhérences périphériques, d'où émergeaient des choux-fleurs végétants,

analogues à ceux qui recouvraient par places la coque externe du grand kyste

L'opération complètement terminée, je drainai par le vagin et fis une soigneuse péritonisation, excluant tout le bassin de la grande séreuse abdominale.

La malade guérit rapidement, rentra chez elle et reprit son commerce. Au bout de quelques mois, une récidive survenait dans l'épiploon et se généralisait en quelques semaines. Cette malheureuse patiente succomba moins d'un an après l'extirpation du kyste épithéliomateux qu'elle portait.

Obs. VI. — Mme D..., âgée de 40 ans, a subi 30 mois auparavant une hystérectomie vaginale pour périmétro-salpingites. L'opération, pratiquée par un chirurgien expérimenté, a dû être incomplète, car, au moment où je vois la malade (décembre 1903), je constate la présence dans le bas-ventre d'une tumeur liquide refoulant la cicatrice vaginale, la surmontant et affleurant le pubis. Trois mois après, le kyste a sérieusement augmenté et réclame une intervention urgente.

En mars 1904, j'extirpe par la voie haute un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, très adhérent dans le bassin, où se trouve, au milieu de néo-membranes résistantes, une masse molle alvéolaire, que j'ai beaucoup de peine à séparer de la cicatrice vaginale. Drainage par le vagin, puis péritonisation au-dessus du bassin. Guérison franche et rapide.

Ces quatre faits prêteraient à de longues discussions sur le mécanisme de la dégénérescence kystique, ses causes et son évolution. Je voudrais pouvoir joindre, aux courtes relations cliniques que j'apporte, des analyses histologiques détaillées ; je suis malheureusement pris sur ce point tout à fait au dépourvu. Quoi qu'il en soit, il est un fait admis par tous les chirurgiens, c'est que l'hystérectomie vaginale appliquée aux lésions annexielles ne permet pas toujours d'enlever entièrement les ovaires, parfois haut situés et englobés dans des exsudats assez diffus. Dans ces conditions, les éléments nobles de la glande, ainsi emprisonnée dans une gangue inextensible, peuvent proliférer, dégénérer et donner naissance à des kystes susceptibles de se transformer en tumeurs des plus malignes (Observation V).

Je ne voudrais pas trop médire de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations et les inflammations pelviennes, car elle nous a rendu les plus grands services — et je reconnais qu'elle conserve encore à l'heure actuelle quelques indications formelles — mais cette opération reste souvent imparfaite et insuffisante, et elle devient alors, par cette insuffisance, un danger pour l'avenir. Sans parler des reliquats de poches suppurées, de trompes infectées, qui peuvent être oubliés dans le bassin, il est malheureusement trop fréquent de voir terminer l'opération sans que les

ovaires aient été entièrement extirpés. En raison de la rareté des complications résultant de cet abandon involontaire, on a peu de tendance à s'en préoccuper; certains même se consolent facilement en disant que la femme conserve ainsi des éléments utiles à sa nutrition générale et pour un peu se féliciteraient d'agir en ce sens. Il importe de démontrer que l'ovaire ainsi abandonné au contact d'une cicatrice vaginale, qui est destinée à se rétracter, à devenir de plus en plus dure et compacte, va continuer à souffrir et à dévier de ses fonctions physiologiques déjà perverties par l'inflammation.

C'est, d'une part, parce que l'hystérectomie vaginale est exposée à rester incomplète dans les cas d'inflammation pelvienne chronique et, d'autre part, parce que la laparotomie est devenue plus simple et plus inoffensive, grâce à la position de Trendelenburg, que les chirurgiens ont peu à peu délaissé la voie basse pour aborder les lésions annexielles par la voie abdominale. Au lieu de s'en trouver aggravées, les statistiques se sont singulièrement améliorées et sans aucun doute les guérisons sont devenues plus franches et plus rapides. La pratique du drainage vaginal et de la péritonisation, qui isole le foyer opératoire et l'exclut de la grande séreuse, a encore beaucoup amélioré la technique, de sorte qu'aujourd'hui on n'applique l'hystérectomie vaginale qu'aux cas vraiment très graves, où l'état général des malades, devenu trop critique par les progrès de la septicémie, ne permet plus de tenter une opération abdominale assez longue et assez sérieuse.

A l'inverse de ce que je disais de l'hystérectomie vaginale, on peut prétendre à l'avantage de la castration abdominale, qu'elle permet de bien distinguer les lésions et de les extirper en totalité. L'utérus, les trompes et les ovaires sont toujours reconnus aisément, limités, décollés et, par une des nombreuses méthodes connues, enlevés complètement. Si l'intestin est lésé — ce qui est loin d'être rare — la suture en est effectuée aussitôt. Il semble aujourd'hui que l'écueil de la laparotomie soit, non pas d'exposer à laisser, par erreur ou impuissance, des portions d'annexes malades, mais plutôt d'engager les chirurgiens à être trop conservateurs.

Il est un sentiment des plus respectables qui hante le chirurgien opérant une femme jeune atteinte d'inflammation pelvienne chronique, c'est celui de conserver ce que la maladie n'a pas irrémédiablement compromis. Dans cette idée fort louable, on peut être amené, si l'on n'y prend garde, à des économies imprudentes, à ce que l'on peut appeller des excès de conservation. Il en résulte alors pour l'avenir un retour des accidents

inflammatoires, des souffrances, des déviations utérines et des *complications ovariennes*. Ces dernières seules doivent me préoccuper. Je me bornerai même à résumer ce que ma pratique m'enseigne à cet égard dans l'ordre des *dégénérescences kystiques* de l'ovaire. On pourrait facilement, d'ailleurs, trouver, dans la littérature médicale de ces dernières années nombre de faits semblables, qui donneraient plus de poids aux déductions que je vais tirer; mais il ne me paraît pas indispensable de les rappeler

La *conservation* doit, en principe, s'exercer sur des lésions annexielles chroniques et refroidies, qui n'ont pas anéanti complètement le fonctionnement génital et qui ne paraissent pas susceptibles d'un réveil ultérieur. L'appréciation de ces données indicatrices est bien délicate et restera toujours un peu incertaine. En cas de doute réel, je pense qu'il est préférable d'être radical et d'extirper totalement; c'est l'intérêt de la femme, sa sauvegarde contre les dangers d'une rechute toujours grave. Il faut savoir sacrifier une fonction, qui restera un péril, pour donner la sécurité et la santé. C'est l'avis de la plupart des chirurgiens aujourd'hui. Mais il se peut qu'un opérateur, imbu de ces notions pratiques, se laisse encore entraîner à une conservation fâcheuse. En voici un exemple :

Obs. VII. — En mars 1898, Mme H..., âgée de 28 ans, réclame mes soins pour une affection pelvienne, qui la tient alitée depuis plusieurs semaines, et a causé un amaigrissement et un affaiblissement notables. Cette malade n'a pas eu d'enfants et ses règles ont toujours été irrégulières et douloureuses depuis son mariage. Je l'examine et je reconnais aussitôt qu'elle est atteinte d'une collection salpingienne droite considérable, haut située, juxtaposée à la paroi abdominale et peu accessible par le vagin. Néanmoins je fais une colpotomie antérieure, dans l'espoir que je pourrais atteindre la poche purulente et la drainer par son point déclive. Ce projet ne put être réalisé. Je fis donc la laparotomie et, après ponction et aspiration de la collection, je m'aperçus que la trompe droite était seule malade. Elle fut enlevée. Les annexes gauches paraissaient saines, bien qu'un peu congestionnées. L'ovaire, en état de dégénérescence micro-kystique, fut traité par l'ignipuncture et réduit. L'utérus étant en rétroposition, je le redressai et le fixai en raccourcissant les ligaments ronds. Un curettage fut pratiqué après la laparotomie. La malade se rétablit assez vite.

Je fus consulté par Mme H... assez fréquemment dans la suite, et, dès l'année 1902, je m'aperçus de la présence dans le bassin d'une tumeur développée du côté gauche, qui grossit lentement et non sans déterminer des douleurs fréquentes, avec troubles digestifs. En 1904, cette tumeur kystique avait atteint l'ombilic et faisait une volumineuse saillie au-dessus du pubis ; le bassin était rempli par une masse fixe, qui refoulait l'utérus en avant et à droite. Je dus intervenir.

L'opération fut très difficile, tant le kyste avait pris d'adhérences avec la paroi abdominale et avec l'intestin. De plus, la partie inférieure de la tumeur était intra-ligamentaire et la vessie s'étalait sur une assez grande étendue en avant et à droite. La trompe était sclérosée, peu volumineuse. L'énucléation fut très longue, à cause de la fixité des adhérences et de la fragilité des petits kystes qui constituaient la base ligamentaire du kyste. L'uretère gauche fut en grand danger d'être coupé ou arraché. Dès que le kyste fut extirpé, la malade étant très affaiblie, je laissai en place l'utérus, entouré lui-même par des adhérences intimes, qu'il eut été trop long de libérer, et je terminai l'opération par un drainage composé de deux gros tubes en caoutchouc. La guérison se fit sans incident.

Les considérations qui m'avaient incité, dans le cas précédent, à conserver les annexes et l'utérus, ne sont certainement pas dépourvues de valeur. Il s'agissait d'une jeune femme qui désirait ardemment avoir des enfants et à qui l'opération pouvait conserver des chances de maternité. Devant un utérus peu volumineux, bien que légèrement dévié, et d'annexes gauches perméables quoique congestionnées et tuméfiées, je me laissai aller à une conservation imprudente. L'ovaire, gros et bourré de petits kystes, m'inspirait surtout de la méfiance ; mais peu instruit à cette époque par les accidents des opérations abdominales incomplètes, je pensai que l'ignipuncture, chaudement recommandée par Pozzi, serait suffisante pour arrêter sur la glande les lésions de dégénérescence. Je complétai, par mesure de prudence, mon intervention abdominale par un curettage utérin. Ce ne fut pas heureux. Après un repos de quelques mois, la malade éprouva de nouvelles douleurs pelviennes, sans que l'utérus et la trompe me parussent directement en cause. Les règles devinrent plus douloureuses et plus pénibles que jamais, des métrorragies apparurent, qui contribuèrent à affaiblir la patiente.

Instruit par l'expérience, je n'ai plus recours maintenant à la salpingectomie unilatérale que dans les cas très rares, exceptionnels même, où l'utérus est en position normale, la trompe opposée saine et sans adhérences et l'ovaire indemne. J'ai été poussé à adopter cette conduite, non seulement par le souvenir de l'observation précédente qui ne constitue qu'un fait isolé et, en réalité, rare, mais surtout par les complications inflammatoires qui atteignent souvent les annexes conservées et nécessitent une opération secondaire radicale.

Dans le but de conserver à la femme *sa menstruation* après les opérations abdominales pour annexites doubles, on a tenté dans ces dernières années la conservation de l'utérus et d'un ovaire. Cette pratique est-elle

vraiment louable et vraiment à encourager? Dans un travail spécial (*Revue méd. de l'Est*, 15 déc. 1905), j'ai répondu à cette question, que Tuffier a soulevée de nouveau récemment à la Société de chirurgie. A la suite de Legueu, Faure et Delbet, je crois qu'on ne saurait trop se garder de ces tentatives de conservation, même après l'hystérectomie pour fibrome (Routier, Terrier, Segond), car elles exposent à des opérations itératives et font des opérées des femmes toujours souffrantes et incapables de travailler. Je ne veux m'occuper ici que du sort réservé aux ovaires ainsi conservés, après l'ablation de trompes plus ou moins altérées. Dans ces conditions, qu'il laisse en place ou non l'utérus, le chirurgien se propose de ménager à la femme, sinon la menstruation, du moins le bénéfice de la sécrétion interne de l'ovaire qui joue un rôle utile dans les fonctions organiques. Pour sauvegarder cette sécrétion interne, il suffit de conserver un seul ovaire ou même un petit fragment d'ovaire. On doit donc se proposer, en principe, après la salpingectomie double, de laisser en place un ovaire sain ou, à défaut d'un ovaire sain, de réséquer les parties malades de la glande et de reconstituer ensuite par la suture une petite masse glandulaire, destinée à un fonctionnement ultérieur suffisant.

Cette pratique, qui a les faveurs de Tuffier, me semble dangereuse et illusoire. Lorsque les trompes sont altérées et infectées, l'utérus qui a transmis l'infection est toujours malade, et l'on peut dire que les ovaires participent également à l'infection. S'ils ne sont pas modifiés macroscopiquement dans leur structure, ni entourés par un processus de périovarite, du moins l'inflammation les a profondément atteints et leur dégénérescence ultérieure est à redouter. Si la dégénérescence ne les menace pas, il est certain qu'ils restent douloureux. Or, comme le fait remarquer justement Delbet, il n'est pas possible, même à un œil exercé, de juger de la valeur morbide de l'ovaire, sur lequel l'inflammation ne se traduit pas toujours par l'induration, l'hypertrophie ou la congestion. La glande peut être moyenne, d'aspect normal, sans microkystes et sans adhérences, et cependant l'infection l'a atteinte interstitiellement et y sommeille, jusqu'à ce qu'une circonstance fortuite la réveille et prépare des altérations ultérieures plus considérables. Si l'on ne peut apprécier le degré d'altération d'un ovaire au voisinage de lésions salpingiennes refroidies, comment faire alors une conservation inoffensive et utile?

Avant de renoncer à la conservation dans les lésions annexielles chroniques et refroidies, j'en étais resté pendant quelque temps un partisan con-

vaincu. Je voyais à cette pratique l'avantage de conserver à la femme, en même temps que l'utérus et l'ovaire, la fonction menstruelle et, en cas de conservation simple de l'ovaire, de maintenir une sécrétion interne qui modérait les inconvénients de la ménopause anticipée. J'eus dans la suite le désagrément d'être forcé de réopérer bon nombre des malades à qui j'avais pratiqué ces interventions conservatrices et, parmi les autres, la majorité était mécontente et se plaignait de souffrir autant et même plus qu'avant l'opération. Rarement la menstruation, que j'avais voulu maintenir, persistait régulière et indolente ; presque toujours, les pertes étaient abondantes, sans périodicité, ou diminuées. Mais j'observai aussi, dans deux cas, des dégénérescences kystiques des ovaires, et c'est sur ce point spécial que je veux insister. Voici ces deux observations :

Obs. VIII.— Mme L., âgée de 37 ans, a été opérée par moi-même en mai 1900 pour des lésions annexielles bilatérales douloureuses, durant depuis plus de deux ans, sans poussées aiguës récentes. J'avais extirpé les deux trompes et laissé en place l'ovaire gauche, qui ne présentait aucune lésion appréciable à l'œil nu. Il n'existait aucune adhérence entre cet ovaire et la trompe voisine, dont l'extrémité, renflée en massue, ne tenait à la glande que par quelques petites brides filamenteuses légères. L'utérus assez gros fut maintenu en position antérieure par le raccourcissement des ligaments ronds à la façon de Wylie. Je terminai l'opération non par la ligature en masse des ailerons des trompes, mais par la ligature isolée des vaisseaux et la suture en surjet, que je fais depuis très longtemps, bien avant les communications de Delbet à ce sujet. Pas de drainage.

Les suites furent très simples en ce qui concerne la guérison opératoire ; il n'en fut pas de même au point de vue fonctionnel : à part les premières règles qui suivirent l'opération et furent indolentes, les périodes menstruelles suivantes restèrent douloureuses, abondantes, prolongées et exigèrent toujours le repos au lit. Cette malade, exempte cependant de troubles neuro-arthritiques importants, éprouvait des souffrances presque continuelles au niveau de l'ovaire gauche, dans l'intervalle des règles, et ne pouvait se livrer à aucun travail. Ces souffrances s'accrurent durant la fin de l'année 1902, en même temps que je constatais dans le bassin la présence d'une tumeur qui refoulait l'utérus en avant et comprimait le rectum. Au commencement de 1903, la malade ne quittait plus le lit, tant les douleurs étaient vives dans le bassin et la cuisse gauche. Une entérite assez intense s'était encore surajoutée aux accidents antérieurs.

A la fin de janvier 1903, je fis la laparotomie pour extirper la tumeur, avec l'intention d'enlever aussi l'utérus. Je trouvai le bassin rempli par un kyste multiloculaire de l'ovaire recouvert d'adhérences avec l'intestin, l'épiploon, le péritoine pariétal et la vessie. Suivant mon habitude dans ces cas, je

décollai les adhérences du péritoine pariétal de la vessie et cherchai le fond de l'utérus, que je ne pus trouver qu'après de nombreuses manœuvres, et non sans avoir rompu une loge kystique qui surplomblait l'organe. L'utérus découvert, je le séparai de la vessie en avant, de la tumeur en arrière, et péniblement je pus l'extraire, après avoir ponctionné et évacué par aspiration deux ou trois cavités kystiques volumineuses. L'utérus enlevé, il fut possible de décoller, de bas en haut et de droite à gauche, le gâteau kystique aréolaire, accolé au rectum,de le séparer en haut des anses grêles adhérentes et d'exciser son point d'attache au ligament large gauche. Tout le bassin cruenté fut drainé par le vagin, et la péritonisation fut faite au-dessus du détroit supérieur par des sutures en surjet, rapprochant les adhérences dissociées, les anses intestinales adjacentes et le revêtement séreux de la vessie.

Malgré sa longueur et sa gravité, cette intervention fut suivie d'une guérison simple et facile, en l'espace de trois à quatre semaines. La malade n'a plus souffert depuis cette opération et a repris ses occupations fatigantes.

Obs. IX. — Dans le courant de l'année 1903, une femme de 31 ans m'est adressée pour être opérée d'une tumeur abdominale, qui a grossi rapidement et détermine des symptômes graves de compression pelvienne : douleurs dans les membres inférieurs, pollakiurie, constipation très opiniâtre avec entérite. Cette malade a été opérée pour annexites bilatérales chroniques, trois ans environ auparavant, et l'opérateur a annoncé à sa patiente qu'il lui avait fait l'économie de l'utérus et de l'ovaire gauche. Depuis cette époque, Mme D... a eu à peine deux mois de tranquillité après sa première intervention ; après ce temps, des pertes de sang sont survenues à peu près tous les dix à quinze jours, sans régularité, et toujours avec des douleurs violentes dans le bassin et dans les reins. Depuis dix mois, ces souffrances ont changé de nature, sont devenues violentes, paroxystiques, en même temps que l'on remarquait l'existence d'une tumeur pelvienne.

Au moment où j'examine cette malade, la tumeur kystique remplit le bassin, refoule l'utérus à droite et ne peut être mobilisée en aucune direction. La partie supérieure de la tumeur atteint presque l'ombilic et occupe surtout la fosse iliaque gauche et la région médiane. Instruit par l'observation précédente, je pose le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche, adhérent par toute sa périphérie.

La laparotomie pratiquée, je constate que la tumeur n'adhère pas au péritoine pariétal par sa surface antérieure, qui est sillonnée de nombreux vaisseaux. Après ponction de deux ou trois poches kystiques principales, contenant un liquide blanc, assez épais, comme gélatineux, je m'aperçois que le revêtement du kyste se continue avec le péritoine de la fosse iliaque et celui qui recouvre la vessie. Il s'agissait donc d'une tumeur intraligamentaire. Une incision sur la partie supérieure du kyste, intéressant seulement le mince feuillet séreux qui la recouvre, me permet de trouver assez vite le plan de clivage qui facilite l'énucléation de la partie antéro-latérale du gâteau kystique,

formé à sa base de nombreuses cavités à parois très fragiles, qui se rompent sous le doigt. La tumeur est dégagée peu à peu et assez aisément, sauf dans ses parties juxta-utérine et postérieure, où il existe des adhérences étroites avec le rectum. Il n'est pas possible de ménager en arrière le feuillet ligamentaire, tant l'union est intime dans le fond du bassin et sur la face antérieure du rectum. Enfin, le kyste est extrait entièrement. Ne voulant pas abandonner l'utérus, j'en fais l'extirpation totale, en constatant chemin faisant que le ligament large droit ne porte plus trace de débris annexiels. Le bassin est drainé par le vagin, puis la péritonisation est exécutée facilement à l'aide du feuillet antérieur du ligament large gauche, qui est rabattu sur le pelvis.

La guérison s'est effectuée sans encombre et ne s'est pas démentie depuis plus de deux ans.

A la série des méfaits de la conservation de l'utérus et de l'ovaire au cours des opérations faites pour salpingo-ovarites chroniques, sur lesquels les auteurs ont déjà insisté, et qui sont bien connus des chirurgiens, il faut donc ajouter encore la *dégénérescence kystique de l'ovaire conservé*. Le fait en est rare à coup sûr, mais non sans importance. Ce n'est pas la connaissance de ces complications pathologiques qui modifiera beaucoup les idées des opérateurs et leur pratique ; néanmoins il en ressortira la preuve que, par la conservation de l'ovaire, on ne s'expose pas seulement à la persistance des troubles inflammatoires et aux accidents pelviens qui en résultent, mais encore à la dégénérescence néoplasique du stroma ovarien.

La laparotomie, qui permet l'inventaire direct des dégâts causés par l'infection métro-oophoro-salpingienne, expose, lorsque les lésions sont refroidies depuis longtemps, à considérer l'utérus et l'ovaire comme peu touchés par le processus inflammatoire, alors qu'au contraire l'altération est réelle, profonde et en apparence seulement assoupie et latente. L'ébranlement provoqué par l'opération et communiqué directement à ces organes est l'occasion favorable d'un réveil morbide des germes pathogènes qui, dans la suite, provoquent des phlegmasies pelviennes, avec productions néo-membraneuses nouvelles, au milieu desquelles l'utérus et l'ovaire sont emprisonnés et subissent des déviations nutritives et fonctionnelles importantes. C'est l'appréciation difficile de la valeur fonctionnelle et de l'imminence morbide de l'ovaire, séparé de la trompe malade, qui crée les risques et les dangers de la conservation, si bien que telle glande, considérée comme saine et digne d'être ménagée, peut être, dans un avenir assez rapproché, le siège d'altérations inflammatoires, comme

l'ovarite, la péri-ovarite et l'abcès, ou de dégénérescence polykystique d'une gravité indéniable.

En parcourant les observations où sont notées les tentatives de conservation après la salpingectomie abdominale, on voit que, dans la majorité des cas, les opérateurs mentionnent un retour des douleurs pelviennes, de la sensibilité de l'utérus et principalement de l'ovaire ou des ovaires conservés. Si l'ovaire devient ainsi douloureux après l'opération, c'est parce qu'il souffre et parce qu'il est altéré. N'est-il pas dès lors plus logique et plus conforme aux principes de l'art de guérir, de supprimer l'ovaire, qui reste toujours solidaire de l'inflammation tubaire? L'on pourrait donc dire que, dans les affections chroniques et refroidies des trompes, — qui seules peuvent se prêter à la conservation, — l'écueil à éviter, c'est d'enlever trop peu; le danger est dans l'économie exagérée des organes. Le maintien de la fonction menstruelle est le plus souvent un leurre et une illusion, qui tôt ou tard se traduit par des regrets et des interventions aussi tardives que regrettables.

J'ai démontré que dans les interventions chirurgicales entreprises contre les inflammations pelviennes, qu'elles relèvent de *la colpotomie*, de *l'hystérectomie vaginale*, de *la salpingectomie abdominale simple ou bilatérale*, la conservation de l'ovaire pouvait être suivie de *dégénérescence kystique* dans la suite. C'est ce point spécial seul que j'ai voulu mettre en lumière, ne m'attachant qu'à remémorer cette notion clinique bien connue, que l'ovaire entouré d'adhérences inflammatoires est fréquemment la cause de douleurs vives et de troubles nerveux pelviens et réflexes.

Comment l'ovaire, enserré par un processus de péri-ovarite plus ou moins intense, peut-il donner naissance à de volumineux kystes multiloculaires? Répondons d'abord à cette simple question préjudicielle : ne s'agirait-il pas, dans les observations précédentes, d'une vulgaire coïncidence et, indépendamment de l'inflammation pelvienne et de l'opération, les ovaires de mes malades n'étaient-ils pas voués congénitalement ou intrinsèquement à la dégénérescence kystique? On pourrait peut-être avec raison invoquer cette coïncidence, si je rapportais un ou deux cas seulement de dégénérescence kystique, mais les neuf faits concluants que je mentionne, auxquels j'en ajouterais beaucoup d'autres en feuilletant les revues médicales des vingt dernières années, vont à l'encontre de cette idée. D'ailleurs, la pratique de la gynécologie nous montre la fréquence des altérations microkystiques de l'ovaire, lorsque le pelvis est encombré par des tumeurs ou des adhérences. Que de fois les fibromes

adhérents, les collections salpingiennes, les néoplasies diverses sont-ils flanqués d'ovaires kystiques ! Tantôt ce sont les lésions ovariennes communes de la dégénérescence sclérokystique, dont la nature et l'importance morbides sont encore loin d'être déterminées ; tantôt ce sont des hématomes de l'ovaire, des kystes assez volumineux développés dans les follicules de Graaf, et de plus gros kystes encore indiquant un travail de dégénérescence plus avancé dans le stroma ovarique. Nous savons, grâce à nos interventions abdominales, que l'ovaire est souvent altéré au contact des affections pelviennes, et que la péri-ovarite et l'ovarite impriment aux éléments nobles de ces glandes une déviation pathologique, en entravant et modifiant leurs fonctions. Dès lors qu'y a-t-il d'étonnant à admettre que la dégénérescence kystique ovarienne, qui est si souvent fonction des inflammations pelviennes, puisse être observée avec une certaine fréquence dans les conditions que j'ai spécifiées ?

Il est des lésions péri-ovariennes que j'ai rencontrées uniformément dans tous les cas cités plus haut, et qui paraissent jouer le rôle primordial dans la genèse de la dégénérescence kystique : je veux parler des adhérences qui constituent, autour des glandes génitales, comme un blindage compact, comme une gangue inextensible. Avant la constitution de ces exsudats périphériques, l'ovaire a déjà subi les atteintes de l'infection ; il est modifié intimement plus qu'on ne peut l'apprécier — nous l'avons vu ; — il se tuméfie, s'œdématie souvent, s'étale et augmente de poids. Les follicules de Graaf ne subissent plus la déhiscence normale, ils deviennent kystiques et, sous la tunique externe épaissie de la glande, se gonflent et se tendent au point qu'à la piqûre le liquide est violemment projeté à l'extérieur. Dans le mésovarium, on trouve des vaisseaux artériels et veineux volumineux, indiquant un apport sanguin plus considérable ; quant aux lymphatiques, ils sont devenus énormes, et leurs réseaux nombreux dilatés indiquent assez l'importance que joue l'inflammation dans la glande hyperémiée, en apparence normale. Lorsque les adhérences surviennent autour de l'ovaire ainsi altéré, elles exercent autour de lui une certaine compression, qui met obstacle à ses variations de volume physiologiques et à son fonctionnement ; il en résulte des modifications parenchymateuses profondes et un travail pathologique, qui, mettant en jeu toutes les réactions nutritives et la vitalité des épithéliums ovariens, prépare la production de tumeurs kystiques volumineuses. Il me serait impossible d'entrer plus avant dans le processus néoformatif qui donne naissance aux kystes multiloculaires de l'ovaire

entouré d'adhérences, car nous en sommes encore réduit sur ce point à des théories quelque peu incertaines; cependant il semble que, dans les cas que j'envisage, les tumeurs kystiques aient le même mode de développement et la même structure histologique que les kystes ovariques ordinaires. Ce sont des épithéliomes kystiques, de variété mucoïde le plus souvent, végétants et proliférants. Les variétés uniloculaires ou pauciloculaires peuvent probablement être rencontrées; mais je n'ai pas eu l'occasion de les observer. Au contraire, il m'a semblé que la forme polykystique était commune et que les cavités juxtaposées étaient d'autant plus nombreuses que l'on se rapprochait davantage de l'implantation ligamentaire. Les kystes ovariques, nés dans les exsudats pelviens, paraissent plus compacts, plus aréolaires, plus végétants et de parois plus fragiles et plus friables que les kystes ordinaires. Leurs cavités, remplies d'un liquide mucoïde le plus souvent, sont de volume plutôt petit, sauf deux ou trois poches principales qui surmontent la masse inférieure. Ces kystes, inclus dans des adhérences pelviennes, sont remplis de végétations épithéliomateuses et mériteraient la dénomination de *kystes proligères glandulaires,* tant la formation de cavités secondaires et de végétations est abondante. Leurs parois, minces et peu résistantes, se laissent facilement perforer par des choux-fleurs végétants, qui portent dans les tissus voisins et dans le péritoine une généralisation redoutable. Une de mes malades, opérée par hystérectomie vaginale d'un fibrome utérin avec annexites, a présenté ultérieurement un de ces kystes malins et a succombé à une récidive rapide (Obs. V).

Si les kystes que j'étudie se rapprochent par leur évolution et leur structure des épithéliomas ovariens kystiques que nous sommes accoutumés de rencontrer fréquemment, ils s'en distinguent cependant par leurs connexions avec les viscères voisins. Lorsque l'ovaire, engainé dans un exsudat pelvien, devient kystique, il ne peut augmenter de volume qu'en refoulant excentriquement les tissus qui l'entourent. Ces tissus, composés principalement d'adhérences résistantes, parfois fibreuses, résistent plus ou moins et, suivant leur élasticité et leur distension possible sous la poussée ovarienne, ils déterminent la position du kyste, ses rapports et son évolution. On peut distinguer cette évolution de la tumeur polykystique en *évolution pelvienne* et en *évolution abdominale.* Cette division est imitée de celle que Pozzi emploie pour les fibromes utérins, et que j'ai utilisée dans ma thèse d'agrégation (*Traitement chirurgical des myones utérins*, 1886).

La tumeur aura *une évolution abdominale*, lorsque les adhérences qui recouvrent l'ovaire en voie de dégénérescence sont extensibles ou peuvent se dissocier, pour laisser place à l'expansion kystique vers la cavité abdominale. Dans ces conditions, les masses liquides supérieures se développent au-dessus du bassin, en refoulant les anses intestinales, tandis que la portion inférieure de la tumeur reste seule intra-pelvienne, englobée dans les adhérences anciennes.

Le plus souvent la tumeur prendra *une évolution pelvienne* (obs. I, VI et VIII), c'est-à-dire restera incluse dans les adhérences résistantes périphériques, qu'elle ne peut rompre ni dissocier. Ces adhérences pourront même, sous l'influence de l'irritation formative et de l'appel nutritif nécessité par la néoplasie, s'accroître de nouvelles stratifications et s'épaissir, augmentant ainsi l'obstacle à l'évolution abdominale. Dès lors, le kyste, dont rien ne peut étouffer ni arrêter la prolifération fatale, se cherche une voie sous la couche exsudative, dans le bassin même. Tantôt la tumeur (variété pelvienne proprement dite) se disposera en nappe, refoulant en bas le ligament large, en arrière le rectum, et s'infiltrant peu à peu arrivera à remplir tout le pelvis profond, soulevant le rectum plus ou moins étiré, la vessie et même le péritoine pelvien avec ses exsudats. Tantôt le kyste, grossissant sous une gangue de péri-ovarite inextensible, trouvera sa voie vers le mésovarium, dont les feuillets, déjà séparés par les vaisseaux volumineux et l'œdème péri-lymphatique, se sépareront pour lui laisser passage. Du mésovarium, la production néoplasique passe dans la loge celluleuse intra-ligamentaire, où le développement devient alors facile. C'est la variété *intra-ligamentaire*. Les kystes intra-ligamentaires sont fréquents (obs. II, V, IX); ils peuvent se subdiviser en deux variétés : les *kystes entièrement développés dans le tissu cellulaire compris entre les deux feuillets séreux du ligament large*, et les *kystes mi-partie pelviens et mi-partie inclus dans le ligament large*. Cette dernière forme est plus rare; j'en ai néanmoins observé deux cas (obs. III et VII).

En dernier lieu, il faut citer une forme de kyste à évolution pelvienne, exceptionnelle dans les kystes ovariques ordinaires, et dont le siège anormal s'explique par l'impossibilité du développement de la tumeur dans l'intérieur du bassin et entre les feuillets ligamentaires. Le kyste, déplissant le ligament large, s'infiltre dans son interstice et devient *sous-péritonéal* (obs. IV). Parvenue sous le péritoine qui tapisse le fond du pelvis, la tumeur rencontre le rectum, qui est refoulé laté-

ralement, et pénètre dans le mésorectum, dédoublé jusqu'à une hauteur variable. Parfois le kyste, tout en étant intra-ligamentaire par sa partie principale, peut être sous-péritonéal par un de ses lobes secondaires.

Ces diverses modalités dans le siège et l'évolution des kystes ovariques, nés au centre des exsudats pelviens, s'observent également, mais à titre exceptionnel, pour les kystes ovariques ordinaires. Dans les cas qui nous intéressent, ce mode de développement est pour ainsi dire obligatoire et forcé; il en découle naturellement que le pronostic opératoire devient plus sévère et que les dangers d'extirpation sont plus grands. Chaque fois que l'on observe la formation d'une tumeur kystique après la colpotomie, l'hystérectomie vaginale et les opérations abdominales conservatrices, il est à peu près certain qu'au moment de l'opération l'on se trouvera en face de difficultés spéciales tenant à l'inclusion pelvienne. Presque toujours on pourra poser avec raison et d'avance le diagnostic *d'inclusion pelvienne* de la tumeur, et parfois même *d'inclusion intra-ligamentaire ou sous-péritonéale*, lorsque le gâteau kystique aréolaire se sera mis directement en rapport avec les parois du vagin et le rectum. Ce sont là des caractères particuliers que le toucher vaginal mettra bien en relief.

Ce que je viens d'exposer sur l'inclusion pelvienne des kystes nés dans les exsudats pelviens explique aisément les troubles symptomatiques observés durant leur évolution : les douleurs pelviennes vives s'accroissant à mesure que le néoplasme se développe ; les irradiations pénibles dans les membres inférieurs, par action directe sur les plexus nerveux ; les compressions de plus en plus marquées sur la vessie, le rectum, les vaisseaux ; l'œdème des membres inférieurs et du bassin, l'ascite ; la compression sur les uretères avec les lésions rénales consécutives (obs. III). Ces différents symptômes viennent corroborer encore les renseignements que donnent le toucher et la palpation, et permettent d'étiqueter exactement une tumeur pelvienne polykystique offrant une semblable fixité.

Il est rare que les kystes inclus dans le bassin prennent un grand développement. La raison de ce fait est facile à reconnaître, si l'on songe que dès le début de leur évolution, et de plus en plus dans la suite, les douleurs et les phénomènes de compression s'accusent et incitent la patiente à réclamer le secours de la chirurgie. On enlève donc ces kystes avant qu'ils aient pu devenir énormes, et souvent avant le moment de leur dégénérescence maligne. C'est là un avantage appréciable, car il est à penser, étant donné la constitution aréolaire de ces néoplasies, la

prolifération abondante au centre de leurs cavités, la vascularisation très grande des tissus périphériques et la richesse des anastomoses nutritives avec les tissus voisins, que l'évolution se ferait très rapide et presque fatale vers une malignité et une généralisation précoces.

La *thérapeutique* applicable aux kystes incarcérés en des adhérences pelviennes est exclusivement chirurgicale et toujours d'une certaine gravité. Ce n'est plus ici l'ovariotomie simple, avec traitement d'un pédicule rapidement coupé et suturé, mais il s'agit au contraire d'une opération complexe où l'adresse, l'expérience et les connaissances techniques du chirurgien sont mises à une rude épreuve.

Dans les *kystes à évolution abdominale*, les difficultés d'extirpation sont moindres que dans toute autre variété, parce que les adhérences peu denses et peu serrées se sont dissociées pour laisser passage à des loges kystiques qui ont pris leur expansion libre dans la grande séreuse. Après ponction de ces loges, la décortication de la ponction inférieure du kyste se poursuit dans le bassin et s'opère parfois avec assez de peine, mais toujours complètement en suivant, sans l'abandonner un instant, la paroi externe du kyste, sur laquelle on exerce des tractions en divers sens.

Les *kystes à évolution pelvienne* proprement dite sont ceux qui exigent le plus de patience et qui exposent le plus à la blessure des viscères voisins, rectum, vessie et anses grêles adhérentes. Il est pénible de mettre à nu la surface de la tumeur et de trouver un plan de clivage permettant l'énucléation. A chaque instant, la séparation amorcée et arrêtée par la rupture d'une poche kystique secondaire, par une adhérence vasculaire qui saigne abondamment, par une végétation issue du kyste qui s'accole intimement à l'intestin par des symphyses fibreuses serrées entre la tumeur et le ligament large ou le péritoine pelvien. En bien des cas, le morcellement est le seul moyen d'en terminer avec une extirpation longue et périlleuse, heureux encore quand on a pu éviter de léser l'intestin et d'abandonner des portions du kyste au fond de la vaste plaie cruentée du bassin. Lorsqu'on a pu terminer l'énucléation de la tumeur, il reste à drainer le pelvis. Au lieu de pratiquer ce drainage par l'abdomen, il est préférable de le faire par la voie vaginale, qui assure une déclivité meilleure et permet de péritoniser au-dessus du bassin et de fermer complètement la paroi abdominale.

Si *le kyste est inclus dans le ligament large*, la décortication est moins pénible, parce que le néoplasme s'est créé une loge dans un tissu

celluleux, vierge d'adhérences et d'obstacles, où il peut prendre son développement à l'abri des feuillets séreux, dont il se constitue une enveloppe protectrice, à laquelle il se juxtapose sans lui adhérer intimement. Pour extraire ces kystes, la technique est simple et toujours identique. Il faut inciser la lame séreuse de revêtement et décoller avec le doigt, après avoir réduit par la ponction aspiratrice le volume des cavités kystiques. En quelques instants, et presque sans hémostase, on arrive sur la partie profonde de la tumeur, toujours plus compacte, où siègent les débris ovariens et le pédicule nourricier. C'est là le temps vraiment délicat de l'opération, celui où il peut être utile de procéder lentement et avec grande attention, si l'on veut éviter la blessure du rectum en arrière, de la vessie et surtout des uretères. Généralement le kyste, utilisant toute la laxité de l'espace cellulaire intra-ligamentaire, a modifié les rapports de l'uretère, le refoulant au-dessous de lui, ou plutôt sur sa partie latérale, ou même le soulevant au-dessus du bassin, à mesure que son volume augmente. Durant l'énucléation, il faut constamment songer à cet organe, afin de le reconnaître plus sûrement et de le ménager au milieu des lames fibro-celluleuses périphériques. A moins d'accident imprévu ou d'envahissement de sa paroi par la dégénérescence épithéliale, l'uretère peut être aisément protégé. Si l'on est forcé d'en réséquer une portion, il sera indiqué de procéder séance tenante à une urétéro-cysto-néotomie, plutôt qu'à une greffe intrarectale. Le drainage vaginal, suivi de la suture des feuillets ligamentaires, terminera l'intervention.

Enfin, lorsque la tumeur incluse *a un développement sous-péritonéal*, outre les dangers que je viens de citer et qui concernent la vessie et l'uretère, le chirurgien en rencontre d'autres, sur lesquels il est bon d'insister. En prenant son expansion sous le revêtement péritonéal du cul-de-sac de Douglas et sous les replis ligamentaires, le néoplasme s'infiltre dans le tissu cellulaire de la région au-dessus des plans musculaires périnéaux, refoulant les culs-de-sac vaginaux et remontant la vessie. La néoformation kystique, profitant de tous les interstices cellulaires, se glisse de bas en haut sous le revêtement séreux de la région sacrée et dans le mésorectum, soulevant ces lames péritonéales et les entraînant jusqu'au-dessus du bassin et même au voisinage de l'ombilic. Le rectum et l'anse oméga peuvent ainsi se trouver solidaires de la tumeur qui distend leur méso et porte l'intestin sur sa partie antérieure, comme en sautoir (obs. IV).

Les tumeurs ainsi incluses sont toujours d'une extirpation très déli-

cate. Sauf les cas où une ponctionévacue de volumineuses cavités, permet une réduction de la masse kystique et facilite le décollement et l'extraction par une petite incision sur le péritoine pelvien soulevé, les autres tumeurs donnent lieu à des manœuvres complexes et périlleuses. Le péril vient de ce que le kyste côtoie le rectum, en y adhérant d'une manière parfois intime, de ce qu'il tire sa vascularisation des vaisseaux mêmes de l'intestin, qui se ramifient à sa surface. Ceux qui ont énucléé des tumeurs semblables savent combien les artères nourricières, venues des troncs de la mésentérique inférieure et de l'hypogastrique, sont développées et rapprochées; combien aussi les veines sont volumineuses, étalées en réseaux serrés et fragiles. Les lymphatiques eux-mêmes ont subi, au voisinage du néoplasme, des changements de calibre et des dilatations, qui créent comme des lacs de lymphe. Sous peine d'anémier l'intestin et d'amener des gangrènes secondaires, il faut respecter les troncs artériels ; sous peine de gêner la circulation de retour et de congestionner l'intestin, on est tenu d'aveugler les veines le moins possible ; de même, pour empêcher l'épanchement post-opératoire de la lymphe et l anémie qui en résulte, il est important de ménager les lymphatiques et d'en lier attentivement les troncs sectionnés. L'incision d'abcès sur la tumeur devra, pour cela, être rejetée assez loin de l'intestin, assez obliquement par rapport à sa direction; elle sera aussi petite que possible, afin d'intéresser le minimum d'arcades artérielles, veineuses et lymphatiques, et de traumatiser légèrement les branches nerveuses sympathiques. Autant que le permettra la disposition du kyste, on reportera cette incision *en dehors de l'intestin*, afin d'y mieux voir, quand il s'agira d'épargner les vaisseaux et afin d'installer plus facilement un drainage ensuite. L'incision en dehors de l'intestin permet d'éviter plus sûrement la section des branches de la mésentérique inférieure et de l'hémorrhoïdale, disposées en dedans de la tumeur et sous le feuillet interne du méso. Les dangers ne résident pas seulement dans la présence des vaisseaux et des nerfs; ils tiennent aussi aux adhérences de la tumeur avec l'intestin lui-même. La paroi kystique est attenante, entre les feuillets dédoublés du méso, à la tunique musculaire du rectum; il s'est créé parfois entre ces parties contiguës des connexions vasculaires ou dégénératives, qui rendent leur séparation difficile et dangereuse, au fond d'un bassin, où la vue ne peut contrôler les manœuvres du doigt. Quoi d'étonnant alors que l'intestin se trouve déchiré, ouvert même sur une certaine étendue, sans que rien trahisse cet accident? Pareille aventure m'est arrivée dans l'obser-

vation IV; la malade a succombé à une déchirure du rectum, qui fut méconnue pendant l'opération, et qui causa un épanchement stercoral avec péritonite suraiguë.

L'énucléation des kystes inclus sous le péritoine peut donc être fort dangereuse, parce que le chirurgien est contraint d'attenter à la nutrition, à la vitalité et à l'intégrité de l'intestin; de plus, l'extraction du gâteau pelvien ne permet pas toujours de respecter l'uretère et la vessie. Toutes ces difficultés se trouvent encore singulièrement accrues, lorsque le kyste est franchement végétant, friable et infiltré dans les tissus voisins. L'opération peut alors devenir impossible.

Du faisceau de faits que j'ai rassemblés dans ce travail, me semblent découler certaines déductions, que je réunis sous forme de conclusions.

Au cours des opérations pratiquées pour d'anciennes annexites plus ou moins refroidies, il est mauvais d'abandonner dans le bassin un ovaire ou des fragments d'ovaire.

L'ovaire, abandonné au milieu d'exsudats pelviens, est susceptible de donner lieu à des dégénérescences kystiques. Ces kystes prennent parfois un volume considérable et sont exposés à une évolution maligne.

Les tumeurs kystiques ainsi développées sont redoutables :

a) A cause des douleurs et des compressions qu'elles procurent;

b) A cause de leur inclusion dans les exsudats pelviens, dans les ligaments larges ou sous le péritoine du bassin;

c) En raison de la difficulté des opérations qu'elles réclament.

Les annexites chroniques se sont pas justiciables de la colpotomie.

Elles réclament de moins en moins l'hystérectomie vaginale, opération qui expose à laisser dans les exsudats pelviens des parties d'ovaires susceptibles de dégénérer dans la suite.

La salpingectomie par voie abdominale, avec conservation de l'ovaire (avec ou sans l'utérus), expose à ménager une glande altérée, qui dégénérera dans la suite. Cette conservation ne sera indiquée que dans des cas exceptionnels.

L'opération réellement bonne et radicale est la castration utéro-annexielle totale, par voie abdominale.

DE LA TORSION DES FIBROMES

AU COURS DE LA GROSSESSE

Par MM. G. LEPAGE et MOUCHOTTE (1).

La discussion qui a eu lieu à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* (2), en 1901, sur les indications opératoires des fibromes utérins au cours de la grossesse, a montré que ces indications étaient exceptionnelles et qu'elles résultaient soit d'un volume anormal de la tumeur abdominale, soit des phénomènes de compression (surtout du côté des voies urinaires) dus à la tumeur ; presque tous les membres de cette Société ont été d'accord pour reconnaître que, dans le cours de la grossesse et même pendant le travail, les fibromes utérins ne causaient que bien rarement des complications légitimant leur ablation.

L'un de nous a rapporté (3) deux observations analogues à celles qui furent produites en 1869 devant la Société de chirurgie, observations montrant que, même dans le cas où, en raison du volume du fibrome utérin et de sa situation intra-pelvienne, on peut redouter une dystocie grave, l'accouchement peut cependant être spontané.

Si l'expectation est donc généralement indiquée chez une femme enceinte qui a des fibromes utérins, elle ne doit cependant pas être érigée en règle inflexible. Dans les deux cas que nous rapportons, nous avons cru prudent d'intervenir pour deux raisons : d'abord, parce que nous redoutions que les accidents de retentissement péritonéal devinssent plus graves, et ensuite dans le but d'éviter l'expulsion prématurée de l'œuf qui aurait pu résulter des contractions utérines déterminées par la présence du fibrome.

OBS. I (LEPAGE). — Mme X..., âgée de 27 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 1er août 1902.

(1) Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, janvier 1906.

(2) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, août et septembre 1901.

(3) *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 12 octobre 1903. Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, novembre 1903, p. 388.

Rien d'important dans les antécédents héréditaires.

Cette femme n'a jamais été malade ; elle a été réglée à l'âge de 12 ans ; les règles sont régulières, quelquefois douloureuses ; elles durent en moyenne 4 jours et sont toujours abondantes.

Elle s'est mariée en janvier 1901, à l'âge de 26 ans : les règles ont continué à être normales (c'est-à-dire abondantes, régulières et sans caillots) jusqu'au 1er avril 1902. A cette époque, les règles apparaissent pour la dernière fois (du 1er au 4 avril) ; depuis cette époque la femme n'a plus perdu de sang.

Quelques semaines après, la malade voit son ventre grossir un peu, surtout *du côté gauche*. Elle ne souffre pas du ventre.

Le 13 juillet 1902, elle tombe sur les genoux en descendant d'omnibus. Elle présente encore une ecchymose au genou droit. Jusqu'au 28 juillet elle ne ressent rien dans le ventre ; elle souffre un peu d'un genou et continue à vaquer à ses occupations fatigantes de vendeuse dans un grand magasin.

Le 28 juillet, jour de vente spéciale, elle se fatigue beaucoup ; elle rentre chez elle avec quelques douleurs dans le ventre.

Dans la nuit elle se réveille avec une douleur violente dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Une sage-femme est appelée pour menace d'avortement; elle constate une tumeur dans la fosse iliaque et pense à une grossesse extra-utérine.

Elle fait demander un médecin du voisinage, qui, en présence des douleurs violentes qu'éprouve la femme dans la région hypogastrique, juge utile d'appeler le docteur Lepage en consultation.

Celui-ci voit la malade le 30 juillet et obtient les renseignements suivants :

Depuis la cessation des règles, la malade se croyait enceinte, elle avait peu d'appétit, des envies de vomir, mais pas de vomissements. La malade dit que ses seins ont grossi et durci.

État le 30 juillet. — Ventre augmenté de volume. A la vue, on aperçoit à droite dans la fosse iliaque une saillie arrondie, atteignant presque la ligne médiane.

Au palper, masse arrondie, très dure, non douloureuse à la pression, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant presque la fosse iliaque droite. Quand on cherche à la mobiliser, on provoque une légère douleur. Elle paraît libre du côté de la ligne médiane et par en haut. Mais la partie qui plonge en bas et en dedans vers la fosse iliaque, paraît fixée, et les essais de mobilisation en ce point sont douloureux. La tumeur est un peu inégale, présente quelques légères saillies ; elle paraît franchement dure et fluctuante.

A gauche dans la fosse iliaque, M. Lepage sent une masse moins ferme et plus régulière, ne dépassant que peu la branche horizontale du pubis. Elle semble indépendante de la tumeur et paraît être l'utérus.

Le toucher, pratiqué à droite de la malade, permet de constater que la tumeur gauche remplit en grande partie l'excavation. Le col de l'utérus se trouve situé en avant et à droite de la ligne médiane.

En pratiquant le palper et le toucher combinés du côté gauche de la malade,

on a les mêmes sensations, c'est-à-dire que la tumeur située dans la fosse iliaque droite paraît légèrement mobile.

M. Lepage pense qu'il s'agit d'une grossesse utérine avec utérus en rétroversion, et que la tumeur juxta-utérine est soit un corps fibreux, soit un kyste dermoïde de l'ovaire. Contre le kyste dermoïde il y a l'élévation et la mobilité de la tumeur, en même temps que sa consistance ferme et son irrégularité.

La femme a beaucoup souffert depuis quelques jours ; comme elle ne paraît pas décidée à garder le repos au lit prolongé, il est décidé qu'elle sera transportée à la Pitié.

2 *août.* — En examinant à nouveau cette femme et en pratiquant le toucher du côté droit, M. Lepage a des sensations un peu différentes de celles obtenues lors du premier examen ; il lui semble que la tumeur accessible au palper à droite se prolonge vers la gauche avec la tumeur constituée par l'utérus gravide.

La femme continuant à souffrir et désirant mener sa grossesse à bien, l'intervention est décidée.

L'opération est pratiquée le 3 août par le docteur Lepage avec l'aide du docteur Potocki et de M. Chevé, interne du service.

Incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ. La cavité péritonéale ouverte, on constate la présence d'une tumeur de coloration blanchâtre, de consistance ferme, mobile, située à droite. Cette tumeur est sessile sur une autre tumeur très vascularisée, qui n'est autre que l'utérus.

La tumeur fibromateuse est amenée facilement hors de la cavité abdominale. Un clamp courbe est placé au niveau d'un pédicule très large. La base d'implantation a 4 centimètres environ de diamètre. L'utérus est tordu sur son axe de gauche à droite, la face antérieure regardant directement à droite, entraînée dans cette attitude par la tumeur qui s'y implante. Trois fils de soie sont placés sur le pédicule qui se trouve situé sur la face antérieure de l'utérus, à 3 centimètres environ au-dessous de son fond.

Au-dessus du pédicule, le tissu utérin se trouve déchiré et donne lieu à une hémorragie continue, assez abondante. Plusieurs pinces sont mises sur les vaisseaux qui saignent. Les tissus, très friables, se déchirent ; quatre ligatures au catgut. L'hémorragie ne s'arrête qu'après un surjet au catgut et plusieurs points séparés.

A un moment donné, la plaie utérine qui était facilement accessible ne l'est plus guère. L'utérus, qui avait subi un moment de rotation très accusé de gauche à droite et d'arrière en avant par suite de l'implantation de la tumeur, s'est détordu.

Suture de la paroi abdominale en trois plans avec drainage.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde allongé, avec une extrémité un peu plus volumineuse ; de coloration blanchâtre, de consistance très ferme, elle présente quelques bosselures séparées par des sillons peu profonds, elle est parcourue par quelques vaisseaux. Elle pèse 700 grammes. Son diamètre longitudinal maximum est de 17 centimètres. Son diamètre transversal maxi-

mum est de 10 centimètres. Les circonférences sont, suivant le grand diamètre, de 38 centimètres et, suivant le petit diamètre, de 28 centimètres.

4 *août*. — Premier pansement. La plaie a bon aspect. M. Lepage retire la mèche abdominale, resserre le fil d'attente. Injection de morphine de 1 centimètre cube par 24 heures.

6 *août*. — La malade a eu quelques nausées, pas de vomissements, des gaz, mais pas de selles. Les quelques douleurs abdominales ressenties les deux premiers jours n'ont pas reparu. Sommeil agité. Cauchemars. Lavement évacuateur. La malade commence à s'alimenter (lait, bouillon). Les suites opératoires furent simples ; la plaie se réunit par première intention. La malade quitta la Pitié en bon état, le 26 août.

La grossesse continua sans incident, sauf un peu de difficulté pour uriner pendant les dernières semaines de la grossesse. La femme put reprendre ses occupations. Elle est accouchée en ville, le 26 décembre, à 3 h. 40 du soir, d'une fille pesant 3 kilogrammes environ. Le travail dura 13 heures et la période d'expulsion une heure. La rupture des membranes fut faite artificiellement à la dilatation complète. La femme n'a pas allaité, en étant empêchée par ses occupations. L'enfant pesait : 4 kgr. 260 le 27 janvier, 5 kgr. 150 le 10 février, 5 kgr. 570 le 24 février, et 6 kilogrammes le 10 mars.

Le retour de couches eut lieu, très abondant, le 2 février.

Dans cette observation, les accidents douloureux aigus résultaient non pas de la torsion du pédicule du fibrome (ce pédicule était trop large pour se tordre facilement), mais de la torsion de l'utérus entraîné par le fibrome : il n'y avait pas seulement le déplacement presque normal de gauche à droite qu'on observe habituellement pour l'utérus gravide, mais une véritable torsion qui rendait antérieure la partie latérale gauche de l'utérus. Il était à craindre que l'utérus, sous l'influence de sa torsion, ne continuât à se contracter et finît par expulser son contenu. C'est donc tout à la fois pour sauvegarder les intérêts de la mère et du fœtus que l'intervention fut décidée.

L'observation suivante est un véritable exemple de la torsion du fibrome pendant la grossesse.

Obs. II (Lepage et Mouchotte). — Mme X..., 28 ans, devient grosse pour la première fois en décembre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 2 au 6 décembre, Mme X... est mariée depuis trois ans et s'expose dès cette époque à la fécondation.

Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans ; elles ont toujours été régulières, non douloureuses, d'une durée de quatre jours. Elles se sont modifiées quelques mois avant la grossesse : leur abondance était plus grande et elles étaient accompagnées de quelques caillots.

Au début de février 1905, au 2ᵉ mois de la grossesse et à l'époque correspondant à la menstruation, des douleurs vives, intermittentes, généralisées à tout le ventre, ayant le caractère de coliques, se manifestèrent subitement sans autre symptôme concomitant. A la consultation de l'hôpital Cochin, où se rendit la malade, on ordonna des lavements laudanisés. Les douleurs disparurent et en dehors des vomissements, qui du reste dataient du commencement de la grossesse, rien d'anormal ne se passa jusqu'au début de mars.

Au début de mars, également à l'époque correspondant à la menstruation, apparurent quelques petites douleurs abdominales, beaucoup moins intenses qu'en février ; mais par contre la malade eut un étourdissement ; il s'en fallut de peu, dit-elle, qu'elle n'eût une véritable syncope. Vers le milieu du mois, elle remarqua que son ventre était soulevé du côté droit par une bosse arrondie, qui s'accrut sensiblement.

Le 3 avril, au retour d'une courte promenade, elle éprouva de nouveau une douleur abdominale intense ; elle dut s'aliter. Cette fois la douleur était nettement localisée à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, douleur toujours intermittente, accrue par la pression et le mouvement, atténuée par l'immobilité de la nuit. Par moment elle s'exaspérait et s'accompagnait alors d'une hyperesthésie cutanée qui rendait insupportable même le contact des draps. Puis les phénomènes douloureux s'amendèrent et la malade se leva.

Mais le 14 avril, vers 7 heures du matin, quelques minutes après le lever, la douleur subite reparut au niveau de l'ombilic, au niveau de la « bosse » abdominale ; elle fut si violente que la femme poussa un cri et s'affaissa sur une chaise. On coucha la malade de suite. La douleur persista cinq heures sans arrêt. La malade lui attribuait ces caractères : « tantôt en coups d'aiguille, tantôt déchirante, donnant la sensation d'arrachement des entrailles ». Le docteur Viardot prescrivit des lavements laudanisés et le repos absolu. A midi la douleur cessa et le calme se prolongea pendant 24 heures.

Le 15 avril, vers midi, alors que la malade était au lit, une nouvelle crise douloureuse se produisit, encore plus violente que la précédente. Les douleurs se répétèrent toute l'après-midi, séparées par de courtes et rares périodes de répit.

Le docteur Mouchotte appelé vit la malade le soir à 11 heures. Il fit, avec le docteur Viardot, les constatations suivantes :

Le ventre est tendu, douloureux ; la paroi abdominale se défend à droite. La palpation est extrêmement pénible pour la malade. Malgré les difficultés du palper, on peut délimiter à droite de l'utérus gravide (dont le fond est voisin de la ligne ombilicale) une *tumeur arrondie dure et tendue.* Cette tumeur, qui occupe une partie du flanc droit, fait corps avec l'utérus : elle paraît s'insérer sur son bord droit et sur la corne droite.

La douleur excessive que réveille la palpation et l'indocilité de la malade empêchent de faire un examen plus approfondi. Les docteurs Mouchotte et Viardot pensent être en présence d'une torsion de tumeur (kyste ovarique ou

fibrome) ou peut-être d'une malformation utérine, une corne très développée renfermant un produit de conception, malformation à évolution assimilable à celle d'une grossesse ectopique. Le toucher ne révèle rien d'anormal. La température n'est pas élevée, mais le pouls bat à 120. Le docteur Mouchotte conseille de pratiquer dès le lendemain matin une laparotomie et de se comporter suivant les circonstances.

Une demi-heure après cet examen, les douleurs cessent complètement. La malade repose. Le lendemain, 16 avril, la difficulté de trouver une ambulance et la persistance de l'*accalmie* font différer l'opération par l'entourage.

Le 17 *avril*, à 11 heures du matin, la malade est amenée à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur Lepage. Elle n'a pas souffert depuis le 15 avril au soir.

A l'arrivée, M. Lepage constate ce qui suit :

Le ventre est assez tendu, un peu volumineux et irrégulier. Du côté droit, au niveau et au-dessous de l'ombilic, la paroi abdominale est soulevée en une saillie arrondie. Au palper on délimite, sur la ligne médiane et à gauche, l'utérus gravide dont le fond remonte à 15 centimètres au-dessus de la symphyse ; à la droite de l'utérus, correspondant à la saillie abdominale, une tumeur arrondie, lisse, régulière, *très dure*, remontant jusqu'aux fausses côtes, dont la partie la plus élevée est distante de 21 centimètres de la symphyse. Cette tumeur, séparée en haut, du fond utérin, par un sillon, fait plus bas corps avec l'utérus et se déplace avec lui, quoique d'une façon fort limitée. Elle se meut sous la paroi abdominale; elle semble avoir le volume d'un poing moyen. La palpation superficielle n'est pas douloureuse, mais la pression réveille la souffrance ainsi que les tentatives de mobilisation. Le toucher est pénible à la malade ; le cul-de-sac est dur et tendu ; on ne peut apprécier les rapports de la tumeur avec lui, par suite de l'indocilité de la femme. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit nettement avec le stéthoscope les mouvements actifs du fœtus. En pratiquant le palper, M. Lepage sent la tumeur se contracter en même temps que l'utérus. Il porte le diagnostic de fibrome utérin vraisemblablement tordu.

La température est normale ; le pouls est à 88.

Le 18, l'accalmie persiste. La malade est préparée pour l'intervention.

Le 19, M. Mouchotte pratique la laparotomie, avec l'aide de M Lepage. Incision abdominale médiane, dont les deux tiers supérieurs sont sus-ombilicaux et le tiers inférieur sous-ombilical. On arrive sur une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est extériorisée. Elle est légèrement pédiculée. Le pédicule est très large. Il est inséré sur le fond utérin, la corne droite et la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus, immédiatement en avant du ligament large correspondant ; il est tordu d'un demi-tour, d'arrière en avant, dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur, qui remonte sous les fausses côtes, a entraîné, dans son mouvement de torsion, l'utérus, dont le bord droit est légèrement antérieur. Sur le fond de la tumeur adhère une grosse bride épiploïque, congestionnée, large comme

deux doigts. Cette bride est sectionnée après ligature au catgut. Une collerette péritonéo-musculaire est taillée au bistouri, à la base de la tumeur et à la partie supérieure du pédicule; le plan de clivage est cherché et trouvé ; la tumeur est décortiquée et énucléée. La cupule pédiculaire, qui reste après énucléation, est suturée par un surjet au catgut. Il ne s'écoule que relativement peu de sang. Des points séparés au catgut achèvent l'affrontement et l'hémostase. Un petit fibrome du volume d'une noisette, inséré en plein parenchyme utérin, au voisinage du pédicule, est enlevé. L'ablation donne lieu à un saignement assez abondant qui s'arrête après suture. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage. Pansement aseptique.

Pendant toute l'opération on a évité d'imprimer des mouvements à l'utérus. Sitôt l'opération terminée, on fait une injection de 1 centigramme de morphine.

A 1 h. 30 du soir et à 7 heures, injection de morphine, 400 grammes de sérum. T. 36°,9. P. 90.

A 11 heures du soir apparaissent quelques coliques douloureuses. Nouvelle injection de un demi-centigramme de morphine. L'opérée dort.

20 *avril*. — T. 36°,9. P. 92 à 108. Dans la matinée la femme a quelques douleurs utérines se répétant de quart d'heure en quart d'heure. Injection de 1 centigramme de morphine. Soir : T. 37°,2. P. 104.

21 *avril*. — T. 36°,9. P. 96. Les jours suivants, la température demeure normale.

Les 22, 23 et 24 le pouls oscille entre 92 et 100. Il est normal à partir de 25.

26 *avril*. — Ablation des crins profonds.

28 *avril*. — Ablation des fils superficiels.

La femme quitte le service en bon état.

La grossesse continua à évoluer sans aucun incident. L'accouchement eut lieu, à terme, le 20 septembre dernier. Voici la note que nous communique à ce propos le docteur Meurisse, qui assista la femme au moment du travail : O. I. G. A. Durée du travail, environ 20 heures. Rupture artificielle de la poche des eaux. La tête demeurant au détroit inférieur depuis deux heures sans progresser, application de forceps. Délivrance naturelle. Pas d'hémorragie. Poids de l'enfant : 3.000 grammes. Suites de couches normales.

Il faut noter dans cette observation l'épiploïte récente produite sous l'influence des altérations subies par le fibrome tordu. Cette constatation anatomique est une des raisons qui légitiment l'intervention : on peut en effet se demander ce qu'il serait advenu pendant les suites de couches (en admettant que la grossesse ait pu évoluer sans intervention jusqu'à terme), lorsque l'utérus, débarrassé de son contenu, fût redescendu brusquement dans la région hypogastrique, entraînant avec lui le fibrome. La bride épiploïque eût pu se rompre, donnant lieu à une hémorragie interne assez sérieuse; ou bien, en supposant que l'épiploon se soit allongé d'une manière suffisante, la bride ainsi constituée

aurait pu devenir l'origine d'accidents douloureux ou même d'accidents d'étranglement interne.

Les accidents dus à la torsion des fibromes pendant la grossesse ont été peu étudiés jusqu'à présent : il est probable que, comme pour les autres tumeurs génito-abdominales (kystes ovariques, hydrosalpingites), il faudra d'abord connaître les accidents qui peuvent résulter de la torsion en dehors de la grossesse, pour bien distinguer les particularités liées à l'état de gravidité.

La torsion des fibromes de l'utérus non gravide « dont la première observation semble appartenir à Virchow », dit Planque, a fait l'objet des thèses de Planque et Macé (1896-1897) et de quelques travaux parus depuis cette époque. Quant aux cas de torsion des fibromes au cours de la grossesse, ils sont très peu nombreux.

La première observation est due à Cappie. Le fibrome pédiculé tordu détermina des accidents péritonitiques graves. Le diagnostic porté fut celui de tumeur et grossesse. On interrompit la grossesse. La femme mourut. Et c'est à l'autopsie, que l'on reconnut la cause des accidents : la torsion du fibrome. Cette observation passa inaperçue, et M. Maygrier, en communiquant son observation en 1901, put dire: « Je n'ai pu rencontrer aucun cas de ce genre relativement à la torsion d'un fibrome. » Dans le cas de Maygrier que nous rappelons plus loin, le diagnostie de probabilité fut appendicite. Une intervention eut lieu et fut suivie de succès.

Quelques mois après la communication de M. Maygrier, M. Routier opérait une femme grosse ayant également un fibrome pédiculé tordu. M. Routier ne publia pas son observation et se contenta de l'annoncer après la communication d'un cas nouveau, faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie (séance du 14 mars 1904) par MM. Ribemont-Dessaignes et Grosse. M. Routier a bien voulu nous donner cette observation inédite.

Dans le compte rendu de cette séance, M. L. Championnière a parlé d'un cas de myomectomie pour fibrome utérin avec pédicule tordu au cours de la grossesse ; il y a eu là une erreur de rédaction du Bulletin. D'une lettre que nous a écrite M. L. Championnière, à qui nous avions demandé son observation, il résulte qu'il avait seulement fait allusion à une opération de myomectomie chez une femme enceinte de 3 mois, mais pour un fibrome sessile et non tordu.

FIBROMES PÉDICULÉS TORDUS AU COURS DE LA GROSSESSE

AUTEURS et date de l'âge	AGE de la femme	PARITÉ	AGE de la grossesse lors de l'apparition des accidents	DIAGNOSTIC de probabilité qui fut posé	OPÉRATION	PÉDICULE	RÉSULTAT opératoire	MÈRE	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
Cappie. *Edimb. med. journ.* 1874-1875	?	?	4ᵉ mois.	Grossesse et tumeur avec péritonite.	Pas d'intervention chirurgicale. On provoque l'avortement. La femme meurt quelques jours après.	Un fibrome pédiculé, tordu est trouvé à l'autopsie. Pédicule de la grosseur du petit doigt implanté sur la *corne droite*. Torsion d'un tour et demi. Sens de torsion : aiguilles d'une montre.	Pas d'opération chirurgicale. Interruption de la grossesse.	Mort.	Interruption de la grossesse au 4ᵉ mois.
Maygrier. 4ᵉ janvier 1901.	30 Age ne figure pas dans l'obs. de Maygrier. — Connu par une lettre personn.).	1	Cours du 7ᵉ mois.	Appendicite.	Le 3ᵉ jour. Fibrome du volume d'une orange. Myomectomie par le Dʳ Bouilly.	Pédicule très court (fibrome presque sessile. Implanté sur le *bord droit* de l'utérus. Sens de la torsion : aiguilles d'une montre (renseignement connu par lettre additionnelle du Dʳ Maygrier).	Bon.	Guérison.	Continuation de la grossesse. Accouchement spontané, *accidentellement* prématuré, un mois après l'opération (8 mois 1/2). Enfant vivant.
Routier. 1ᵉʳ août 1901.	26	1	6ᵉ mois.	Kyste de l'ovaire tordu.	Le 6ᵉ jour. Fibrome pèse 3.350 gr. Myomectomie par le Dʳ Routier.	Pédicule implanté sur le segment supérieur *droit* de l'utérus. Sens de la torsion : aiguilles d'une montre.	Embolie le 7ᵉ jour.	Mort.	Avortement le 7ᵉ jour après l'opération, précédant de quelques heures l'embolie mortelle. Enfant mort.
Ribemont-Dessaignes et Grosse. 4 juin 1903.	32	1	4ᵉ mois.	Kyste de l'ovaire tordu ou fibrome tordu.	Le 4ᵉ jour. Fibrome de 510 grammes. Myomectomie par le Dʳ Ribemont-Dessaignes.	Pédicule du diamètre d'une pièce de deux francs. Implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au dessus et en arrière de la trompe. Torsion légère. Sens de la torsion ?	Bon.	Guérison.	Continuation de la grossesse. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.
Lepage et Mouchotte. 19 avril 1905	28	1	Au cours des 2ᵉ, 3ᵉ et 4ᵉ mois.	Idem.	Le 5ᵉ jour de la dernière crise. Fibrome du volume du poing. Myomectomie par le Dʳ Mouchotte.	Pédicule large et court. Implanté sur la *corne droite*. Torsion légère. Sens de la torsion : aiguilles d'une montre.	Bon.	Guérison.	Accouchement à terme. Application de forceps. Enfant vivant.

OBS. III (CAPPIE, résumée d'après la thèse de MACÉ). — Cappie rapporte l'observation d'un fibrome utérin compliquant une grossesse de 4 mois; la femme ressentit en même temps qu'elle avait une perte abondante et de vives douleurs dans le ventre; puis se déclarèrent tous les signes d'une péritonite grave. On diagnostiqua une grossesse compliquée de tumeur. On provoqua l'avortement. *Après quelques jours de mieux*, les accidents reprirent et la femme succomba.

L'autopsie permit de constater, au bout de 36 heures, la présence de gaz et de pus dans le péritoine; on y trouva, en dessous de l'épiploon adhérent, une grosse tumeur située à gauche, d'aspect noirâtre, comme gangreneuse. *C'était un fibrome sous-péritonéal*, attaché à la corne droite de l'utérus par un *pédicule tordu une fois et demi dans le sens des aiguilles d'une montre* ; le pédicule était de la grosseur du petit doigt, composé de vaisseaux et de péritoine ; la coupe de la tumeur avait une couleur rouge foncé.

OBS. IV (MAYGRIER, *Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901). — *Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse. — Accidents graves simulant une appendicite. — Opération, guérison et continuation de la grossesse.*

Le 21 janvier 1901, j'étais appelé dans la soirée chez Mme P..., primipare, 30 ans (lettre de Maygrier), enceinte d'un peu plus de 6 mois, dont la grossesse évoluait normalement. Elle souffrait depuis la veille d'une douleur localisée au côté droit du ventre, revenant par crises qui augmentaient graduellement d'intensité. Je constatai immédiatement que l'utérus n'était pas en jeu et qu'il ne s'agissait nullement de menaces d'accouchement prématuré. La douleur siégeait dans la fosse illiaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et était exagérée par la pression. En ce point, je constatai par le palper l'existence d'une tumeur, un peu mobile, occupant une étendue de trois à quatre travers de doigt et paraissant siéger dans le cæcum ; toutefois, l'exploration en était trop douloureuse pour permettre d'apprécier nettement ses caractères. La malade accusait une constipation opiniâtre, habituelle d'ailleurs, car elle restait parfois 8 jours sans aller à la garde-robe. Son état général était satisfaisant, pas de température. Je me bornai à prescrire une médication calmante, et je lui conseillai, pensant à de la typhlite et à des coliques appendiculaires, de faire venir son médecin habituel.

Le lendemain, 22 janvier, celui-ci constata que la douleur avait persisté et s'était même accrue ; quelques vomissements glaireux, puis verdâtres, étaient survenus. Il songea à une appendicite et prescrivit de grands lavages de l'intestin, qui ramenèrent des selles dures, peu abondantes.

Le 23 janvier, au matin, nous vîmes la malade ensemble. La douleur persistait ; la tuméfaction était la même dans la fosse iliaque. Le ventre commençait à se ballonner, et les anses intestinales se dessinaient au-dessus de l'utérus. Les vomissements avaient augmenté de fréquence et étaient franchement

verts. Bien que le pouls fut resté normal, ainsi que la température, l'état général était inquiétant : facies pâle, traits tirés, langue sèche, anorexie complète, constipation persistante. En présence de ces symptômes de péritonisme et songeant toujours à de l'appendicite, nous eûmes le soir du même jour une consultation avec M. le docteur Bouilly. Son impression fut la même que la nôtre. Le siège de la douleur, la constipation, le ballonnement du ventre et les vomissements semblaient bien caractéristiques. Toutefois, quelques réserves furent faites, en raison de l'absence de fièvre et de la persistance d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque. Malgré tout, les phénomènes de péritonisme et d'obstruction intestinale, et la gravité que comporte le pronostic d'une appendicite possible chez une femme enceinte commandaient une intervention.

Elle eut lieu le lendemain, 24 janvier. Une incision, pratiquée au-dessus de l'arcade crurale droite et parallèlement à elle, mit à découvert le péritoine épaissi et soulevé par une tumeur libre de toute adhérence. Dès que la séreuse fut incisée, cette tumeur vint faire saillie dans la plaie. C'était un fibrome sous-péritonéal, du volume d'une orange un peu aplatie, et dont le pédicule était tordu sur lui-même. La tumeur était d'un rouge livide, très vascularisée à sa surface. L'ablation en fut faite et le ventre refermé.

Les suites de cette opération furent très simples. Les phénomènes graves des jours précédents disparurent comme par enchantement. Des garde-robes abondantes furent facilement obtenues à l'aide de lavements. Il n'y eut pas la moindre contraction utérine douloureuse et les battements du cœur fœtal ne furent en rien modifiés.

Au bout d'un mois, l'opérée, étant sur pied, fut prise accidentellement, à la suite d'une indigestion, de coliques utérines, et toutes mes tentatives pour empêcher un accouchement prématuré (repos, laudanum, morphine) restèrent infructueuses. Elle mit au monde un petit garçon de 7 mois et demi environ, pesant 1.780 grammes, très vivace, qui fut mis en couveuse et qui semble devoir bien s'élever (1).

En recherchant dans la littérature médicale des faits analogues à celui dont je viens de vous entretenir, je n'ai trouvé que la mention suivante, dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Jarca, sur l'appendicite pendant la grossesse (1894) : « Dans quelques cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome sous-péritonéal, la torsion du pédicule pourrait donner naissance à des symptômes faisant croire à une appendicite. » Mais je n'ai pu rencontrer aucune observation de ce genre relativement à la torsion d'un fibrome.

Ce fait m'a paru intéressant à relater, à cause de sa rareté et aussi comme un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de la torsion du pédicule de certaines tumeurs abdominales avec l'appendicite.

Le fibrome avait un pédicule très court. Il était presque sessile et siégeait sur le bord droit du corps de l'utérus.

(1) M. le docteur Ch. Maygrier, à qui nous avons demandé quelques renseignements complémentaires sur cette observation, a bien voulu (ce dont nous le remercions ici) nous donner les détails suivants : 1° la torsion du fibrome s'était faite dans le sens des aiguilles d'une montre ; 2° l'enfant vit actuellement.

OBS. V (RIBEMONT-DESSAIGNES et GROSSE). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 14 mars 1904). — *Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. — Grossesse de 4 mois. — Symptômes de torsion du pédicule. — Ablation du fibrome et conservation de l'utérus. — Continuation de la grossesse jusqu'à terme.*

Mme A. L..., âgée de 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

Aucun antécédent héréditaire ou pathologique notable.

La malade a été atteinte de diphtérie, puis d'érysipèle de la face en 1889. En dehors de ces deux affections, elle n'a jamais été malade. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières, jamais de pertes blanches, jamais de fausse couche.

Mariée depuis sept mois, elle est enceinte pour la première fois ; les dernières règles ont eu lieu du 24 au 26 janvier.

Depuis le début de sa grossesse, cette femme, bien qu'ayant une santé satisfaisante, vomit tous les matins un liquide verdâtre, bilieux, assez abondant. Elle a remarqué que son ventre grossissait beaucoup depuis quelques semaines.

Le lundi 1er juin, dans la matinée, la malade, qui jamais n'a souffert du ventre antérieurement, est prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à s'aliter. Les douleurs persistent toute la journée et toute la nuit.

Le mardi 2 juin, elle fait appeler un médecin, qui ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le mercredi, constatant qu'il n'y a aucune amélioration, le médecin traitant conseille à la malade de se faire transporter à la Maternité de Beaujon, où elle entre à 5 heures du soir.

Nous l'examinons immédiatement. Par le palper abdominal nous constatons l'existence d'un utérus gravide de 4 mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur occupant toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche, où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus. Cette tumeur est accolée à l'utérus, mais nettement distincte de lui. A son niveau le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale, tandis qu'au niveau de l'utérus, à droite, il est peu sensible et facile à pratiquer.

Le toucher combiné au palper montre un col utérin conique, ramolli. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative.

La malade n'a pas perdu de sang et n'a pas expulsé de débris membraneux.

Pas de vomissements. L'état général est bon. Pouls un peu rapide à 115, mais bien frappé. Température, 37°,4. Langue humide.

Diagnostic : Grossesse de 4 mois compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

Traitement : Glace sur le ventre, morphine.

Jeudi 4 juin : Pouls à 112. Temp. 37°,2. Douleurs toujours très vives au niveau de la tumeur.

En présence des symptômes de torsion du pédicule que présente la tumeur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus, implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est refoulé à droite, en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagéré qui porte vers la droite sa face antérieure. La tumeur, d'aspect réniforme, appuie sur l'utérus par ses deux extrémités; du hile de la tumeur part un pédicule court qui s'implante sur l'utérus. Ce pédicule ne présente qu'un très léger mouvement de torsion, mais il est fortement étiré, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés. A la surface de la tumeur on voit de nombreuses arborisations vasculaires, partant toutes du pédicule de la tumeur en divergeant en éventail sur sa face antérieure.

Le pédicule du fibrome, du diamètre d'une pièce de deux francs, est sectionné au bistouri. Le tissu utérin saigne assez abondamment en nappe. L'hémostase est faite à l'aide du thermo-cautère, puis par un capitonnage au catgut de la plaie utérine dont les deux bords sont rapprochés de façon à accoler leur surface péritonéale.

Fermeture du ventre sans drainage.

Examen de la pièce. — Le fibrome, du poids de 510 grammes, est réniforme, dur. A la coupe, le tissu de la tumeur est pâle, anémié. Au niveau d'une de ses extrémités, il présente une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

Suites opératoires très simples. La malade fut soumise à l'action de la morphine pendant trois jours. Il n'y eut aucune menace d'avortement. Elle se leva le 21e jour et quitta la Maternité le 7 juillet.

Le jour de son départ, on constate que l'utérus a augmenté de volume depuis l'opération ; il dépasse l'ombilic de un à deux travers de doigt et mesure 18 centimètres au-dessus du pubis. Par l'auscultation, on n'arrive pas à entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit très nettement les mouvements actifs. La femme de son côté déclare qu'elle sent très bien remuer son enfant.

La femme a été revue plusieurs fois à la consultation depuis sa sortie de la Maternité. La grossesse a évolué normalement sans aucun trouble, et l'accouchement a eu lieu le 7 novembre de la façon la plus simple. Présentation du sommet en O. I. G. A. La femme est entrée à la salle de travail à 8 h. 3/4 du soir, avec une dilatation de 50 centimes. Les contractions ont été régulières et très énergiques ; à 1 h. 12 du matin, la dilatation était complète et à 2 h. 20 la femme accouchait d'une fille vivante pesant 3.150 grammes. La délivrance eut lieu sans aucune difficulté, et actuellement cette femme est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. VI (Routier, inédite). — Mme X..., âgée de 26 ans, primipare, est prise de douleurs abdominales subitement le 25 juillet 1901. Ces douleurs reparaissent à plusieurs reprises, et le 31 le Dr Améro m'appelle auprès de sa malade. Celle-ci est enceinte depuis le 15 janvier environ. Le ventre est manifestement bilobé, soulevé par deux tumeurs distinctes, l'une à droite, l'autre à gauche. A gauche, tumeur fluctuante, indolente, durcissant, se contractant sous la main qui explore. On perçoit les mouvements actifs du fœtus, ainsi que les bruits du cœur. Col mou, immobile à droite, tumeur aussi grosse, ronde, douloureuse. On peut à peine la palper. Tout ce qu'on peut dire, c'est que c'est une tumeur distincte de l'utérus gravide qui est à gauche. Je pense à un kyste tordu et conseille l'intervention.

Le 1er août, opération. La tumeur est un fibrome tordu sur son pédicule. Il a 6 centimètres dans un sens, 2 dans l'autre. Il est implanté sur le segment supérieur droit de l'utérus et se cache sous le foie.

Le fibrome est détordu de trois quarts de spire et le pédicule saisi avec deux clamps. Le pédicule était tordu dans le sens des aiguilles d'une montre.

Surjet au catgut sur la tranche du pédicule. Il saigne beaucoup. Un sinus utérin a dû être perforé en un point. Il faut faire des sutures supplémentaires pour assurer l'hémostase. Suture de la paroi aux crins de Florence.

Le fibrome pèse 3.350 grammes.

Les suites furent simples. Mais le 5, la femme se sent moins bien, se plaint de coliques. T., 37°,2. P., 92. Le 6, même état. T., 37°,1. P., 108.

Le 7, elle meurt en demandant à aller sur le bassin, quelques heures après avoir expulsé un fœtus vivant, mort depuis.

L'autopsie n'a pu être faite.

*
* *

Ces diverses observations ne sont pas assez nombreuses pour permettre de tracer un tableau bien net de la torsion des fibromes utérins pendant la grossesse; cependant il est possible de résumer les points essentiels des cas observés.

La torsion des fibromes semble s'observer surtout du 2e au 6e mois de la grossesse. Il en est de même du reste pour les torsions des tumeurs kystiques. « Dans les cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, écrit M. Pinard, la torsion est plus fréquente du 2e au 4e mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse, pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement pendant les suites de couches. »

« La torsion se produit plus souvent sur des kystes petits que sur de gros kystes », disait encore M. Pinard à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, en 1900. Cette remarque peut s'appliquer également aux fibromes. Nous ne relevons dans nos observations

qu'un cas (celui de M. Routier) où le fibrome était très volumineux (3.350 grammes).

Le plus souvent, ce sont des fibromes pédiculés insérés sur la droite de l'utérus qui se tordent : une seule fois, parmi les cas que nous rapportons, le fibrome tordu était implanté sur la gauche de l'utérus. Cette fréquence de la torsion des fibromes situés à droite est-elle réelle, ou bien résulte-t-elle de ce que les observations sont peu nombreuses ? Il est toutefois à remarquer que tous les cas publiés d'hydrosalpinx tordus au cours de la grossesse concernent des hydrosalpinx droits et que, parmi les kystes ovariques tordus au cours de la grossesse, les droits sont plus fréquents que les gauches.

Les tumeurs kystiques qui se tordent au cours de la puerpéralité sont plutôt celles qui ont un long pédicule. Pour les fibromes, la longueur du pédicule paraît avoir moins d'influence prédisposante ; car les fibromes presque sessiles, à pédicule large et court, sont aussi fréquents au point de vue de la torsion que les fibromes à pédicule long et grêle. Le plus souvent les fibromes au cours de la grossesse se tordent dans le sens des aiguilles d'une montre. C'est exactement l'inverse qui se produit pour les hydrosalpinx au cours de la gravidité. Les hydrosalpinx tordus au cours de la grossesse, et dont l'histoire a été publiée, ont tous fait leur torsion dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Quant aux kystes de l'ovaire, les observations manquent trop souvent de détails précis pour qu'il soit possible d'en tirer une indication à ce sujet.

Au point de vue *clinique*, il est à noter que les torsions des tumeurs kystiques chez la femme grosse s'observent plus souvent chez les multipares que chez les primipares, ce qu'explique le relâchement de la sangle abdominale chez les premières (8 multipares contre 3 primipares, in th. Tessier, 1902 : *Torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité*).

Il semble, d'après nos observations, qui toutes concernent des primipares, qu'il n'en soit pas de même pour les fibromes tordus et que les accidents soient plus fréquents chez les primipares que chez les multipares. Cette constatation n'a rien de surprenant si l'on se rappelle que c'est justement chez les primipares, et particulièrement chez les primipares âgées, c'est-à-dire n'ayant été fécondées que tardivement ou s'étant soustraites pendant longtemps à la fécondation (Pinard), qu'on observe les fibromes au cours de la grossesse ; c'est là, suivant l'heureuse expression de M. Pinard, la revanche de l'espèce sur l'individu.

Dans la plupart des observations, le début des accidents semble avoir été assez brusque ; de plus, on note des *accalmies* semblables à celles qui ont été décrites comme symptomatiques des torsions des tumeurs kystiques. « Il semble qu'il se fasse peu à peu une accoutumance », disait Bouilly. Ces *accalmies sont souvent traîtresses*, remarquait M. Pinard. Mêmes accalmies traîtresses peuvent se retrouver dans la torsion des fibromes pédiculés tordus au cours de la grossesse, témoin le cas de Cappie.

Au point de vue *diagnostic*, il est à constater que ce diagnostic a presque toujours été hésitant entre la torsion d'un kyste et la torsion d'un fibrome. Si on est appelé à examiner la femme au moment d'une crise, on se trouve en présence d'une paroi abdominale qui se défend et qui, si elle laisse délimiter la tumeur à côté de l'utérus gravide, ne permet pas cependant d'en apprécier toujours la consistance *dure* ou *fluctuante*. Du reste les tumeurs fibreuses pédiculées peuvent donner lieu à une fluctuation des plus nettes. Le fait a été observé à l'état de vacuité. Il suffit de lire l'observation de Delaunay et Pilliet (*Société anatomique*, décembre 1896) pour en avoir la preuve. En faveur de la nature fibreuse de la tumeur tordue interviendront l'âge de la femme et sa primiparité.

Le diagnostic peut être facile lorsque, antérieurement aux accidents de torsion, on a examiné la femme et reconnu l'existence d'une tumeur juxta-utérine solide, donnant la sensation d'un fibrome. De même, lorsque les accidents de torsion sont subaigus et ne forcent à intervenir de suite, on peut arriver, lorsque la paroi abdominale n'oppose plus la même résistance à la main qui explore, à reconnaître qu'il s'agit d'un fibrome, si la tumeur change de consistance, se durcit au moment où l'utérus se contracte. C'est ce signe qui, dans le cas de Lepage et Mouchotte, avait fait incliner Lepage vers le diagnostic de fibrome, sans cependant l'amener à une affirmation nette.

Il y a cependant un grand intérêt à faire un diagnostic précis ; car, lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire tordu, l'intervention s'impose d'une manière absolue et urgente : le kyste de l'ovaire tordu subit des altérations telles qu'il cause assez rapidement des phénomènes de péritonite. Il ne semble pas que le pronostic soit aussi grave pour le fibrome tordu ; sans doute, si la torsion est nette et définitive, le fibrome subit des altérations dangereuses pour le péritoine ; mais il est probable que la torsion n'est jamais aussi complète et aussi persistante que pour le kyste

de l'ovaire. Il faut du reste distinguer, au point de vue du pronostic, les fibromes à pédicule étroit et long et les fibromes sessiles ; pour les premiers, la torsion peut être aussi accentuée que pour les kystes, et par suite les altérations de la tumeur pourront être accusées. Quant aux seconds, le danger qui résulte de leur torsion consiste surtout dans l'excitation apportée au muscle utérin, dont la tumeur est solidaire : d'où danger d'expulsion prématurée de l'œuf.

Du reste, le diagnostic de torsion du fibrome peut être difficile alors même qu'on a reconnu l'existence de l'utérus gravide et à côté de lui, en connexion plus ou moins étroite, l'existence d'une tumeur solide, paraissant être un fibrome et donnant lieu à des accidents douloureux très intenses. L'un de nous a eu l'occasion, en 1905, d'observer deux cas de ce genre, dans lesquels les symptômes douloureux et de réaction péritonéale furent assez marqués pour faire penser à la torsion d'une tumeur intra-abdominale. Mais comme les accidents, intenses au début, se calmèrent peu à peu, tout en pensant à la possibilité d'une torsion de fibrome, on se contenta de l'expectation armée.

Obs. VII (Lepage). — Le 11 juillet 1905, je fus appelé par un confrère auprès d'une de ses clientes âgée de 33 ans et qui était enceinte pour la première fois. Cette dame avait eu ses dernières règles du 6 au 10 février 1905. Les débuts de la grossesse avaient été à peu près normaux. Le 16 mai, elle perdit un peu de sang. Au commencement de juillet elle fut prise de douleurs vives du côté droit de l'abdomen, douleurs qui nécessitèrent l'emploi de lavements laudanisés et d'injections de morphine, et qui firent craindre une expulsion prématurée de l'œuf.

En examinant cette dame, je constatai l'existence d'un utérus gravide, dont le fond remontait un peu au-dessus de l'ombilic ; du côté droit de l'utérus, je sentis une tumeur de la grosseur de deux poings de femme, très douloureuse à la pression, au niveau de laquelle la malade accusait des douleurs vives. En explorant le reste de l'utérus, je constatai qu'il existait un fibrome de la grosseur d'une petite orange à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus de la branche horizontale du pubis; en outre, sur la partie latérale gauche et inférieure de l'utérus, je sentis par le toucher et le palper combinés une tumeur fibreuse d'un volume difficile à apprécier.

Les deux dernières tumeurs n'étaient nullement douloureuses ; elles devenaient seulement saillantes au moment de la contraction utérine.

Je portai le diagnostic d'utérus fibromateux gravide, avec accidents douloureux, au niveau d'un fibrome pédiculé probablement tordu. Quand je vis la malade, les douleurs spontanées n'étaient pas très marquées, mais la moindre pression réveillait des douleurs vives au niveau de la tumeur droite ; il fut convenu

qu'elle resterait complètement couchée, que des lavements calmants (laudanum et antipyrine) lui seraient administrés, et qu'une vessie de glace serait appliquée au niveau de la région douloureuse.

Je revis cette femme le 26 juillet ; les accidents douloureux avaient diminué et il était plus facile de constater la présence de la tumeur fibreuse, qui était encore douloureuse. Les mouvements actifs du fœtus furent perçus le 14 juillet, la femme fut gardée au lit jusqu'à la fin du mois d'août, elle put circuler un peu dans sa chambre dans le courant de septembre, mais ne sortit que pendant le mois d'octobre. Elle fut en même temps soumise au régime lacté presque intégral.

Elle entra en travail le 12 novembre. Rupture prématurée des membranes avec issue d'un liquide fortement teinté par le méconium avant tout début de travail ; la partie fœtale qui se présenta la première était très élevée, nullement accessible au doigt. Je priai M. Champetier de Ribes de voir cette femme avec moi, redoutant que l'enfant ne succombât au cours du travail. La dilatation se fit d'une manière assez rapide. A 3 heures de l'après-midi, la dilatation étant de cinq francs, j'introduisis un ballon Champetier de Ribes et pus extraire vivante une enfant qui pesait 3.200 grammes.

La délivrance se fit naturellement. Les suites de couches furent apyrétiques, et la femme put allaiter son enfant, qui est actuellement bien portante.

Après la délivrance, il fut facile de reconnaître la présence des fibromes déjà signalés, et en particulier celle du fibrome pédiculé siégeant au niveau de la partie latérale droite et supérieure de l'utérus.

Il serait excessif d'affirmer que chez cette femme il y a eu des accidents de torsion d'un fibrome. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'au niveau d'un fibrome pédiculé se sont développés brusquement des accidents douloureux très intenses, pouvant faire craindre un travail prématuré.

Cette femme, très désireuse d'avoir un enfant vivant, consentit à garder un repos prolongé pendant près de quatre mois. On peut se demander si l'on n'eût point été obligé d'intervenir, dans le cas où cette femme aurait refusé ou n'aurait pu se soumettre au repos au lit.

Obs. VIII. (Lepage). — Le 18 janvier 1905, je vis dans la banlieue parisienne une jeune primipare de 24 ans, habituellement bien portante ; cette dame s'est mariée au commencement du mois d'août 1904. Les règles, qui sont habituellement non douloureuses et régulières, ont apparu pour la dernière fois du 5 au 10 août. Bientôt ont apparu des signes d'un début de grossesse (nausées, vomissements, etc.). Dans le mois de novembre la femme a remarqué l'existence, au côté droit de l'abdomen, d'une « grosseur » parfois douloureuse. Au premier de l'an, cette dame fit un voyage à Paris et, en rentrant chez elle, fut prise d'une douleur très vive dans le côté droit de l'abdomen ; elle fut obligée

de consulter une doctoresse, qui ne porta pas de diagnostic précis. Cette douleur persista plusieurs jours, avec des crises plus ou moins fortes ; sous l'influence du repos au lit, les douleurs se calmèrent. Pas de vomissements, ni de fièvre. Le confrère qui fut appelé constata la présence de deux tumeurs : l'une, constituée probablement par l'utérus gravide, siégant à gauche de la ligne médiane ; l'autre, très douloureuse à la pression, et occupant la partie latérale droite de l'abdomen.

En examinant cette femme le 18 janvier, je constatai que la tumeur siégeant à gauche était manifestement l'utérus gravide, puisqu'on percevait par le toucher le ballottement fœtal et que cette tumeur se contractait. Quant à la tumeur de voisinage, j'hésitai entre le diagnostic de kyste de l'ovaire et de fibrome. Cette tumeur siégeant à hauteur de l'ombilic, dans la moitié droite de l'abdomen, était arrondie, dure, douloureuse, et donnait la sensation d'un fibrome. J'hésitais cependant à porter un diagnostic, en raison de l'âge de la malade. Pas de fièvre ni de vomissements.

Je revis cette femme le 3 février : les accidents douloureux s'étaient calmés spontanément et sous l'influence d'applications de vessie de glace. Le diagnostic de grossesse se confirma de plus en plus, et j'inclinai en faveur du fibrome, en me basant sur les raisons suivantes : 1° diminution des accidents douloureux ; 2° connexion intime de la tumeur avec l'utérus, dont elle ne peut être dissociée; 3° saillie formée par la tumeur au moment de la contraction utérine. Le diagnostic de kyste de l'ovaire étant écarté d'une manière presque définitive, lors de ce second examen, je conseillai l'expectation armée, c'est-à-dire une surveillance rigoureuse, du repos et l'intervention dans le cas où des accidents aigus ou douloureux surviendraient à nouveau. Je conseillai à cette dame de rester à la chambre ou de rentrer à Paris, pour y être surveillée et pour intervenir s'il y avait lieu.

Je n'ai pas eu l'occasion de revoir cette femme. J'ai su que les accidents douloureux avaient été en diminuant, que d'autres confrères avaient été appelés et que la malade avait été opérée un mois avant son accouchement. Notre collègue Ricard, qui opéra la malade le 8 avril, a bien voulu nous donner la note suivante sur cette opération, qu'il a pratiquée avec succès : « Fibrome du volume du poing implanté sur la partie latérale droite et inférieure de l'utérus. Le pédicule était large comme une pièce de cinq francs. Deux lambeaux de tissu utérin furent disséqués pour recouvrir la perte de substance utérine, qui fut fermée avec un surjet de catgut. La paroi fut refermée en deux plans, un plan profond à la soie à fils séparés et un plan mi-profond, mi-superficiel, qui fut enlevé le 9e jour. Les suites opératoires furent parfaites. La malade accoucha normalement cinq semaines après l'intervention. » Aujourd'hui, ajoute Ricard dans sa lettre de janvier 1906, la mère et l'enfant se portent bien.

On est d'autant moins autorisé à utiliser cette observation dans l'histoire de la torsion des fibromes pendant la grossesse que la torsion n'a pas été notée au moment de l'intervention. Du reste cette observation nous a paru surtout intéressante au point de vue du diagnostic entre le kyste de l'ovaire et le fibrome.

Nous avons cru cependant utile de rapporter ces deux observations, car les accidents présentés par ces deux femmes rappellent ceux que l'on observe dans les cas de torsion d'une tumeur intra-abdominale : début brusque des accidents, intensité de la douleur, douleurs nettement localisées à la région de la tumeur ; mais dans les deux cas il n'y eut pas de vomissements, ni de fréquence du pouls. On pourrait se demander si dans ces deux cas il n'y a pas eu un début de torsion et si spontanément la tumeur ne s'est pas détordue d'elle-même.

Si l'on écarte le diagnostic de torsion, ces deux observations n'en sont pas moins intéressantes, au point de vue du diagnostic avec la torsion des kystes de l'ovaire. De plus, elles montrent que les femmes enceintes ayant des fibromes peuvent présenter, au niveau de ces fibromes, des symptômes douloureux qui peuvent faire penser à la torsion d'une tumeur.

Il n'est pas possible, comme pour les kystes de l'ovaire tordus, d'établir une règle de conduite précise lorsqu'on pense que la grossesse est compliquée d'un fibrome tordu. Les dangers paraissant moindres, la conduite variera suivant l'intensité des accidents, leur marche et l'état général de la femme. Sans doute il faut avoir présente à l'esprit l'observation de Cappie, et dans les cas où l'on n'est pas certain que les accidents sont sans gravité, il est préférable d'intervenir que de laisser des accidents péritonéaux graves se déclarer. Du reste, comme très souvent en clinique, la conduite diffère un peu suivant la facilité avec laquelle la femme peut être surveillée, suivant la possibilité pour elle de se soumettre à un repos prolongé et enfin suivant la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on peut intervenir dans de bonnes conditions, en présence d'accidents devenant subitement menaçants. C'est en nous basant sur ces considérations, que nous sommes intervenus dans les deux cas que nous avons rapportés et que l'un de nous s'est abstenu dans deux autres observations (obs. II et III de Lepage).

Il va de soi que, dans les cas où le diagnostic est hésitant et où l'on peut penser à un kyste de l'ovaire, il est préférable d'intervenir, surtout s'il persiste des signes de réaction péritonéale.

La technique opératoire est simple ; cependant, à moins que le fibrome n'ait son pédicule mince, l'intervention est plus sérieuse que pour le kyste de l'ovaire, qui est presque toujours pédiculé, et dont les connexions avec l'utérus sont généralement moins intimes que celles du fibrome. On évitera, autant que possible, au cours de l'opération, de mobiliser l'utérus; mais parfois, en taillant une collerette sur le pourtour d'un pédicule large et court, ou en faisant l'ablation d'un myome sessile voisin, on intéressera le parenchyme utérin et il se produira une hémorragie abondante. C'est là un accident commun à toutes les myomectomies au cours de la grossesse. Des sutures rapidement faites assureront l'hémostase. Parfois il faudra s'attendre à voir le tissu musculaire coupé, déchiré par les fils et l'aiguille, accroître encore l'hémorragie par son passage à travers un sinus utérin. Aussi faudra-t-il toujours être prêt à pratiquer une hystérectomie, si l'hémorragie devient incoercible.

Dans tous les cas de fibromes utérins tordus au cours de la grossesse avec intervention (voir le tableau, page 107), la guérison a été enregistrée, sauf dans le cas de Routier, où la malade mourut d'embolie au 7e jour. Il faudra être prévenu de la possibilité de cette complication, qui peut aussi s'observer dans les jours qui suivent l'ablation d'un fibrome à l'état de vacuité, et éviter à l'opérée tout déplacement brusque ou excessif.

Dans les 4 cas où l'on opéra, 3 fois la grossesse continua son cours normal. Une fois l'avortement eut lieu. Pour prévenir l'interruption de la grossesse, on aura recours, dès l'opération et pendant les jours consécutifs, aux injections de morphine, suivant en cela les conseils formulés par le professeur Pinard à propos de toute opération pratiquée au cours de la gravidité.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE BIER EN GYNÉCOLOGIE

Deux auteurs s'en sont particulièrement occupés, J. Rudolph (Heilbronn) et J. Evermann (Bonn).

Des trois façons de produire l'hyperémie veineuse à la Bier : 1° *constriction*, 2° *action thermique*, 3° *succion ou aspiration*, J. Rudolph a adopté les deux dernières.

Pour produire l'*action thermique*, il a imaginé l'appareil représenté figure 1, en forme de trompette et coudé à un certain angle. Le pavillon, ou entonnoir en métal, est ajusté sur un tube en bois, qui va en s'amincissant



Fig. 1.

en cône vers une partie terminale en forme de spéculum : une pièce intermédiaire en amiante sépare le bois et le métal. La partie à forme de spéculum est recouverte, sur une longueur égale à peu près à celle d'un spéculum ordinaire, d'amiante ou de cuir. Bois, acier et amiante sont employés parce que mauvais conducteurs de la chaleur. Sur la portion, forme de spéculum, on peut adapter les divers modèles de spéculum en verre ; on les entoure de bandes humides, de façon à obtenir une adaptation exacte, et on s'assure que les extrémités, à section oblique, des deux tubes concentriques sont bien au même niveau ; ces précautions, pour éviter que le spéculum ne s'échauffe trop.

La partie en spéculum est divisée par une cloison en deux chambres : *a*) supérieure ; *b*) inférieure.

L'air chaud vient à la portion vaginale du col de l'utérus par la cavité inférieure, puis, refluant dans la chambre supérieure, s'échappe au dehors par une ouverture spéciale. Un thermomètre placé à ce niveau permet de déterminer la température de l'air chaud. On peut naturellement donner à la portion vaginale de l'appareil une disposition pyriforme, semblable à celle de certains appareils pour injections vaginales chaudes, dans le double but d'obtenir une occlusion plus exacte et de mieux protéger contre la chaleur les parties sensibles du vagin.

La figure 2 représente l'appareil à l'aide duquel l'auteur applique la



Fig. 2.

méthode de succion ou d'aspiration, dont l'action est plus localisée : un spéculum ordinaire en verre, fermé hermétiquement à son extrémité par un bouchon de liège, que traverse un tube de verre réuni par un tube de caoutchouc à une pompe à air.

Vient-on à enlever, après quelques coups de piston, le bouchon de liège, la portion vaginale du corps de l'utérus apparaît gonflée, rouge, bleu sombre. Raréfie-t-on beaucoup plus l'air, on constate dans la plupart des cas, le bouchon de liège étant enlevé, qu'une quantité de sang plus ou moins grande s'est répandue dans le spéculum, effet attribuable soit à l'état des parois des vaisseaux, soit au tonus nerveux vasculaire. Il convient, en outre, de noter l'action mécanique, la compression vasculaire due à ce que, sous l'influence de la raréfaction plus grande de l'air dans la cavité du spéculum, les tissus correspondants du col de l'utérus viennent se presser de plus en plus sur l'extrémité, à section oblique, du spéculum.

J. Evermann a également utilisé, et exclusivement, cette méthode de *succion ou d'aspiration* à la *Franenklinik* de Bonn, et il a imaginé un appareil (fig. 3) qui lui paraît supérieur au précédent, « par la raison que, suivant Bier, il importe beaucoup, dans cette méthode de traitement, de

faire varier, de supprimer même, au moins temporairement, l'hyperémie veineuse. Il est nécessaire de pouvoir contrôler et régler le degré d'hyperémie de la manière la plus simple et la plus facile ; aussi, *faut-il pouvoir, à tout moment du traitement, inspecter la partie du corps traitée*. Aussi, l'appareil est-il essentiellement composé d'un spéculum en verre, fermé hermétiquement à son extrémité inférieure par un couvercle en verre, en sorte que le regard peut facilement explorer l'intérieur du spéculum et la portion vaginale du col de l'utérus aspiré dans l'instrument. A l'extrémité supérieure de celui-ci est une petite tubulure latérale,

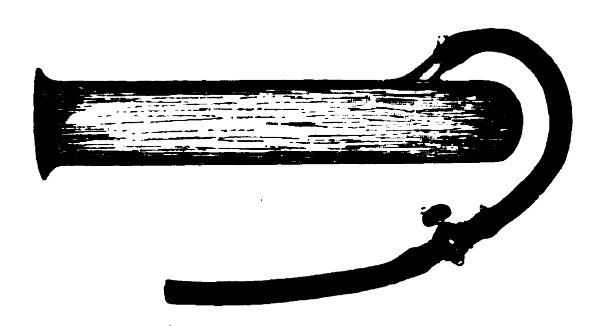


FIG. 3. — Réduction : 1/3 gr. nat.

sur laquelle s'ajuste un tube en caoutchouc relié à une pompe à air. Sur le trajet du tube est inséré un robinet à trois voies, dont le jeu permet de doser de la façon la plus simple et la plus commode la stase veineuse par le réglage, à volonté, de la circulation de l'air (entrée libre, occlusion relative ou absolue).

*
* *

D'après Rudolph, *l'air chaud* exercerait une action plus profonde que la constriction. Cette action serait plus comparable à l'action des injections chaudes, mais avec cet avantage qu'on peut, sans risques pour les tissus, porter l'air à une température plus élevée que l'eau. Ce traitement par l'air chaud répondrait d'ailleurs aux mêmes indications que les irrigations chaudes : il aurait même permis, après quelques séances, de ramollir, d'assouplir, puis, par un massage consécutif, de vaincre deux cordons fibreux, qu'on avait sentis dans le Douglas. Quant à la *méthode de succion*, elle serait, suivant le même auteur, indiquée contre les processus inflammatoires du col et du corps de l'utérus. Le spéculum à

succion peut être, pour la saignée locale, substitué à la ponction. Ou bien, il suffit d'une minime entame de la portion pour tirer ensuite, par l'aspiration, telle quantité voulue de sang. Il suffit, en effet, pour l'hémostase immédiate d'enlever le bouchon de liège, ce qui fait entrer en jeu la pression atmosphérique. Peut-être la même méthode pourra-t-elle être utilisée : *a*) pour la provocation de l'accouchement prématuré ; *b*) dans l'aménorrhée (résultat très satisfaisant dans un cas) ; *c*) pour l'excitation de la glande mammaire ; *d*) comme temps préalable à la dilatation de l'orifice interne de l'utérus, etc. (1).

Enfin le mouvement de va-et-vient, de descente et de montée de l'utérus, produit par l'élévation et l'abaissement de la pression de l'air dans le spéculum, constituerait une sorte de massage utilisable dans certains états de relâchement de l'appareil ligamenteux, soutien de l'utérus.

J. Evermann note également de bons effets obtenus à la clinique de Bonn par la méthode d'aspiration, dans des cas : *a*) d'endométrite, surtout d'endométrite avec hypersécrétion ; *b*) de cordons membraneux dans le Douglas (bons effets attribuables soit au ramollissement par l'hyperémie artificielle, soit au massage effectué par le va-et-vient de l'utérus) ; *c*) dans des cas aussi où il s'agissait de solliciter la sécrétion mammaire: « dans les cas où, dès le début, la sécrétion mammaire est insuffisante, écrit-il, le traitement par l'aspiration est indiqué. Quand dans ces cas on traite, pendant quelques jours, et deux fois par jour, dans des séances de 30 minutes, le sein par l'appareil aspirateur (modèle de Bier), la sécrétion insuffisante du début devient parfaitement suffisante. »

R. L.

---

(1) L'auteur note que l'action hémorragique de l'air raréfié l'a engagé à expérimenter l'air comprimé comme agent hémostatique.

Indications bibliographiques : RUDOLPH, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 39 ; J. EVERMANN, *Ibid.*, 1905, n° 48, p. 1467.

REVUE ANALYTIQUE

FIBRO-MYOMES ET GROSSESSE

Myomotomie pendant la grossesse (Myomotomie in der Schwangerschaft). H. STRATZ, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 15, p. 456.

En 1886, l'auteur, à la clinique de Schrœder, avait rassemblé les cas de complications de *myomes et grossesse* : au total, sur 20.000 accouchements, 12 cas avec intervention pendant la grossesse ; toutes les mères furent sauvées, ainsi que 2 enfants, par la myomotomie conservatrice (Schrœder). Dans le même temps, sur 13 accouchements compliqués de myomes, 7 mères moururent et 2 eurent des suites de couches très pénibles; des 13 enfants, 8 survécurent. Impressionné par ces faits, Stratz, à l'exemple de Schrœder, fut alors partisan d'une conduite active pendant la grossesse, en exigeant toutefois une individualisation rigoureuse des cas. Ultérieurement, au contraire, il fut ramené à une opinion différente par des déclarations de Hofmeier et Olshausen qu'il reconnut exactes, en sorte que pour un total de 68 cas de ces complications, observées depuis 1886 jusqu'à ce jour, il n'intervint qu'une fois (double succès). Des 67 cas restants, 17 se terminèrent par un avortement, sans que le myome eût été dans tous les cas la cause de cette issue. Dans les 51 autres cas, l'accouchement, la plupart du temps, ne fut pas difficile et rarement on eut à enregistrer de l'atonie *post partum*. Stratz explique le désaccord considérable qui existe entre les deux statistiques et la divergence qu'elles entraîneraient au point de vue des déductions, au moins à priori, par le fait que la première est surtout formée d'observations de policlinique, desquelles, en général, on ne consigne que les cas les plus graves, en sorte que le pronostic *apparent*, celui qui ressort des chiffres, est trop sévère par rapport à la réalité. « *De mes documents actuels*, écrit Stratz, *composés de faits soigneusement observés et bien contrôlés, j'ai acquis la certitude que, dans la très grande majorité des cas de myomes compliqués de grossesse, on peut attendre jusqu'au moment du travail* ; que, même au moment des douleurs, des obstacles créés par des myomes, en apparence insurmontables, peuvent être levés. »

« Je doute que dans l'état actuel de nos connaissances gynécologiques, on puisse, en principe, faire intervenir, comme méthode thérapeutique, l'accouchement prématuré. Quant à la myomotomie, elle ne saurait être indiquée au cours de la grossesse que très rarement, et encore on ne serait en droit de la pratiquer qu'après appréciation très attentive de toutes les circonstances particulières au cas en question. »

R. L.

Césarienne pour un myome rétro-cervical et extirpation totale de l'utérus (Sectio cœsarea wegen retrocervicalen Myomes mit Totalexstirpation des Uterus). F. MICHEL, *Zent. f. Gyn.*, 1905, nº 6, p. 165.

L'observation concerne une femme de 41 ans, XIpare, chez laquelle tous les accouchements, sauf le dernier, avaient été normaux et spontanés. Au dernier, la sage-femme avait dû pratiquer la version. A la douzième grossesse, le travail se déclara un peu avant terme, et comme il ne faisait pas de progrès, la femme fut envoyée à l'hôpital. *État à ce moment:* ventre en forme d'ovoïde allongé, paroi abdominale assez tendue. Deuxième position du sommet ; tête fœtale encore mobile au-dessus du bassin ; doubles battements fœtaux bons. *Examen interne* : Paroi vaginale postérieure repoussée en avant par une tumeur dure, de la grosseur d'une tête fœtale, qui remplit le petit bassin et qui est facilement déplaçable vers les côtés. En avant, au-dessus de la symphyse, on sent la lèvre antérieure de l'orifice externe du col, en arrière une partie semi-lunaire de cet orifice externe, en avant de laquelle fait saillie la tumeur; pas de lèvre postérieure constatable. Dans cette dilatation de l'orifice externe, perméable à deux doigts, on reconnaît la poche des eaux, en arrière la tête fœtale. *Tentatives réitérées de reposition* sans résultats. *Cœliotomie*: Incision de l'ombilic à la symphyse. Attraction de l'utérus; incision fondale transversale qui intéresse le placenta. Extraction de l'enfant. On reconnaît la cause de la dystocie. C'est un fibromyome, développé aux dépens de la paroi postérieure du col, s'étant porté principalement vers le paramétrium postérieur, plus gros qu'un poing et ayant fortement attiré partie inférieure du col, portion vaginale et vagin. A cause du *siège de la tumeur*, de *la durée du travail* et de l'*âge* de la malade, *hystérectomie totale. Suites opératoires* excellentes.

Quant à l'enfant, qui pesait 3.750 grammes, il présenta, au deuxième jour, un pemphygus des nouveau-nés, qui, d'ailleurs, ne l'empêcha pas de se développer à souhait. R. L.

Section césarienne pour dystocie consécutive à une myomectomie (Cesarean Section for dystociafollowing myomectomy). HUBBARD, *Am. J. obst.*, mars 1905, p. 317.

Le point que l'auteur met en relief dans cette observation, c'est l'influence dystocique qu'aurait eue la cicatrice formée dans la paroi antérieure de l'utérus à la suite d'une énucléation de fibroïdes pratiquée chez une femme de 27 ans, deux années environ avant un premier accouchement qui fut laborieux et qui, à la suite d'une extraction pénible, se termina par la naissance d'un enfant mort. A un deuxième accouchement, où les conditions se présentaient aussi défavorables, développement de l'utérus suivant son axe transversal, déplacement et remontement extrême du col vers la gauche, au point que des manœuvres vaginales eussent risqué de se terminer aussi fâcheusement que la première fois, l'auteur se décida à pratiquer la césarienne, qui, d'ailleurs, fut suivie d'un double succès.

Ce fut au cours de l'opération qu'on constata cette zone de tissu cicatriciel, reliquat de l'énucléation antérieure, que l'auteur, en raison de l'absence d'autres raisons, rendit responsable du développement défectueux de la matrice suivant son axe transversal, etc., — en somme des phénomènes dystociques observés. Et, en donnant cette explication, il note le silence absolu de la plupart des traités spéciaux sur ces *cas de dystocie, dépendant de myomectomies antérieures.* R. L.

Fibromes et grossesse (Fibroïds tumors and pregnancy). S. MARX, *Amer. J. of obst.*, février 1905, p. 297.

1° Tout fibrome pendant la période de fécondité de la femme doit être opéré. 2° Les fibromes innocents, qui sont hors de la zone de l'utérus qui doit se dilater, doivent être surveillés soigneusement. Toute complication venant du fibrome doit être traitée chirurgicalement; tout au moins elle fait naître l'indication de l'évacuation de l'utérus. 3° Les tumeurs innocentes doivent être surveillées. Il faut combattre énergiquement les autres cas: l'hémorragie, la lenteur du travail. Les tumeurs qu'on ne peut pas déplacer justifient l'énucléation vaginale, rarement possible; l'opération césarienne, suivie de l'hystérectomie. 4° Il ne faut pas prendre la nécrose d'un fibrome pour des membranes retenues dans l'utérus. Il faut enlever les membranes avec la main, jamais avec la curette. 5° Les fibromes gangrenés doivent être traités chirurgicalement par l'énucléation ou l'hystérectomie. A. CORDES.

L'hystérectomie abdominale pour des fibromes multiples compliquant la grossesse (Abdominal hysterectomy for multiple fibroms complicating pregnancy). J.-H. CARSTENS, *Amer. J. of obst.*, novembre 1905, p. 734.

La malade de Carstens était enceinte de 3 mois. L'opération réussit parfaitement. On peut ne pas opérer les fibromes utérins compliqués par la grossesse, s'ils sont sous-péritonéaux et situés dans la moitié supérieure de l'utérus; il faut opérer ceux qui se trouvent dans la moitié inférieure ou dans le ligament large. Les fibromes adhérents ou compliqués par d'autres maladies pelviennes doivent être enlevés par énucléation; parfois il faut faire l'hystérectomie.

A. CORDES.

Un cas de grossesse compliquée par des fibromes (Pregnancy complicating fibroïds report of a case). D.-W. BASHAM, *Amer. J. of obst.*, janvier 1095, p. 69.

L'utérus contenait plusieurs fibromes, au milieu desquels se trouvait un embryon de 2 mois. La malade, opérée par l'hystérectomie vaginale, quitta l'hôpital au bout de 4 semaines.

Basham discute les indications du traitement, suivant les cas.

A. CORDES.

VARIA

Vomissements incoercibles de la grossesse déterminés par une ovarite scléro-kystique; ovariectomie, guérison. BOSSY, *Journal d'accouchements*, Liège, 14 janvier 1906.

Femme de 23 ans, souffrant depuis la puberté de crises douloureuses paroxystiques dans le ventre, avec maximum d'intensité au moment des règles.

Cessation des règles en septembre. A la fin d'octobre, apparition des vomissements, qui prennent le caractère des vomissements incoercibles à la deuxième période (amaigrissement extérieur, peau sèche, céphalée, insomnie, 120 pulsations par minute, température 38°,5). Diagnostic : grossesse de 3 mois environ et ovarite scléro-kystique gauche.

La laparotomie est pratiquée le 1er décembre. L'ovaire gauche scléro-kystique (kyste du volume d'un œuf de pigeon) et l'ovaire droit scléreux sont enlevés.

Guérison opératoire parfaite. *Dès le lendemain de l'opération*, les vomissements cessent, l'état général s'améliore, mais le pouls reste encore accéléré trois semaines après l'opération. La grossesse continue.

Il semble que l'intérêt de cette observation ait échappé à l'auteur et à son commentateur (N. C.), qui ignorent peut-être les recherches modernes sur le rôle des corps jaunes et en particulier le rôle prépondérant que cet organe paraît jouer dans les modifications de l'organisme féminin pendant la gestation. La suppression des vomissements à la suite de l'ovariectomie présente un gros intérêt *expérimental*, mais, au point de vue thérapeutique, la castration, c'est-à-dire la stérilisation définitive, ne saurait être préconisée : l'avortement provoqué suffit.

A. COUVELAIRE.

De l'influence des rayons de Röntgen sur l'organisme animal et particulièrement sur la grossesse (Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den tierischen Organisme, ins besondere auf die Gravidität). G. BURCKHARD, *Sammlung klin. Vorträge. Gynæk.*, n° 150, p. 469.

Après avoir brièvement rappelé les résultats thérapeutiques, ainsi que les effets fâcheux parfois produits par l'emploi des rayons de Röntgen, l'auteur indique qu'il a été conduit à entreprendre des recherches personnelles par l'observation intéressante d'Albers-Schœnberg, ultérieurement confirmée par Scholtz, que des animaux mâles — comme les lapins, les cobayes — lorsqu'ils sont longtemps exposés, par la paroi abdominale, à l'action des rayons de Röntgen, perdent — on ne sait pas encore s'il s'agit d'un résultat passager ou définitif — leur pouvoir de fécondité. Que néanmoins, en dépit de cette déchéance, état physique général, instinct sexuel et aptitude à la copulation restent intacts. Histologiquement, on constate d'abord de la nécrospermie, puis de la

zoospermie; et, pour la production de ce dernier état, il faut une exposition aux rayons, X d'au moins 377 minutes.

Les expériences de Burckhard ont été faites à l'Institut des sciences physiques de Wurzbourg (professeur Wien), sur des souris blanches chez lesquelles l'auteur a étudié l'action des rayons de Röntgen, dans les premiers stades de la gestation et aussi dans la seconde moitié. Il résume les résultats qu'il a obtenus de la façon suivante : *On peut chez des petits animaux, par leur exposition précoce, prolongée aux rayons X, soit empêcher absolument la fécondation, soit ralentir l'accroissement du produit de la conception.*

Par contre, l'application de ces mêmes rayons à partir de la deuxième moitié de la gestation se montre sans action : la durée de la grossesse n'est pas influencée; les petits naissent à terme, ils viennent au monde normaux et se développent normalement.

Au point de vue obstétrical, dans l'espèce humaine, la méthode ne paraît susceptible d'aucune application : trop de tissus à traverser pour que la dose agissante ne s'accompagne pas d'une dermite étendue.

R. L.

Influence des rayons de Röntgen sur la fonction de reproduction. A. PINARD, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 16 janvier 1906.

Depuis 1896, un service de radiographie obstétricale, organisé par Pinard et Varnier, fonctionne à la clinique Baudelocque. Un très grand nombre de femmes ont été radiographiées (temps de pose, 30 à 40 minutes, ampoule à 50 cent.) soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. 22 femmes sont revenues accoucher à la clinique ; 10 l'année suivante, 3 deux ans après, 4 trois ans, 4 cinq ans, 1 six ans après. 27 femmes ont été radiographiées pendant la grossesse et à toutes ses périodes sans aucun incident, pour la mère ni pour l'enfant. Dans les conditions indiquées, la radiographie s'est montrée exempte de dangers, pour les individus comme pour l'espèce.

NÉCROLOGIE

Le Professeur Pasquali, professeur de clinique obstétricale à Rome, vient de mourir. La rédaction des *Annales*, dont il était le correspondant, s'associe au deuil des accoucheurs italiens.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre Dame-de-Lorette.

NOTE SUR TROIS CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

RECUEILLIS A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE BORDEAUX

(SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LEFOUR)

Par le docteur G. **FIEUX**, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux.

Au nom de M. le professeur Lefour et au mien, je désire rapporter brièvement l'histoire de trois femmes ayant subi l'an dernier, dans le service de la clinique obstétricale, l'opération de la symphyséotomie.

Obs. I. — La première de ces malades, qui mesure 1 m. 25, est une rachitique ; son histoire l'indique, son squelette le prouve. Malgré cela, à part la variole dans le jeune âge qui a laissé sur son visage des traces manifestes, l'état de santé général a toujours été excellent.

Une première grossesse à 23 ans se termine par un avortement de 3 mois. Deux ans après, une deuxième grossesse va à terme. Au moment du travail, elle se rend à la Clinique d'accouchements, septembre 1903. M. le docteur Anderodias, faisant à ce moment la suppléance des vacances, termine l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur. L'enfant, du poids de 2 kgr. 860, vient au monde avec une dépression fronto-pariétale peu accusée. Il se développe mal et meurt, à 3 mois, de gastro-entérite.

Cette femme redevient enceinte pour la troisième fois. Les dernières règles apparaissent du 12 au 16 mai 1904 et à partir de ce moment la gestation évolue d'une façon tout à fait régulière et sans incidents jusqu'au 11 février 1905, jour où se déclarent les premières douleurs de l'accouchement. Elle se rend alors à la Clinique d'accouchements, service de M. le professeur Lefour. Son aspect général, sa taille, son thorax et ses membres inférieurs indiquent au premier coup d'œil, ainsi que je le disais tout à l'heure, qu'il s'agit d'une rachitique. L'utérus remonte à 34 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus en présentation du sommet est en position gauche. La tête, tout à fait mobile au-dessus du détroit supérieur, semble, de par le palper mensurateur, trop grosse pour être acceptée par le pelvis maternel. Le toucher vaginal permet, en effet, de constater que l'angle sacro-vertébral est à 9 cm. 5 du sous-pubis, et qu'au-dessous la face antérieure du sacrum est plate et présente même une légère saillie en avant, au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième pièce sacrée. En somme, bassin canaliculé avec diamètre utile de 8 centimètres environ.

A son arrivée dans le service, l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de 2 francs, la poche des eaux intacte. Les contractions sont fortes et régulières jusque vers 2 heures du matin et amènent l'orifice utérin à la dilatation palmaire. Puis elles s'espacent et faiblissent, si bien que la dilatation n'est complète que le lendemain à 1 heure du soir.

A ce moment, M. le professeur Lefour empêché veut bien me charger de la direction de l'accouchement. Je recommande à M. Péry, chef de clinique, de rupturer les membranes et d'attendre longtemps afin de permettre à la tête de s'accommoder au bassin et de lui donner le temps d'un engagement spontané. La poche des eaux est rompue à 1 heure, et jusqu'à 5 heures les contractions et les poussées abdominales n'ont aucun effet sur la pénétration de la tête fœtale qui, seulement, se coiffe d'une énorme bosse séro-sanguine masquant sutures et fontanelles.

A 5 heures, M. Péry fait une application de forceps correcte par rapport à la tête fœtale. Des tractions soutenues pendant cinq minutes n'ébauchent même pas l'engagement. Au cours de l'action, l'auscultation dénote un ralentissement et un affaiblissement très nets des battements du cœur fœtal ; un toucher manuel profond permet alors à M. Péry de constater la présence d'un circulaire de cordon assez serré autour du cou de l'enfant.

C'est dans ces circonstances que je suis appelé auprès de la parturiente, que j'avais du reste déjà examinée. En raison de la tentative infructueuse quoique habile de forceps qui vient d'être tentée, en raison de la bonne tenue des battements du cœur de l'enfant, je pratique sans tarder la symphyséotomie chez cette femme, qui n'a d'autre désir que de remplacer l'enfant qu'elle a perdu.

Cette symphyséotomie ne présenta de particulier que sa facilité et sa simplicité. Une fois le bassin ouvert, je provoquai un écartement de 5 centimètres, saisis la tête correctement avec le forceps et sans difficulté je lui faisais parcourir les diverses étapes de la filière pelvi-génitale. Je dégageai la tête, bassin fermé, et l'accouchement se terminait, sans lésion vulvo-périnéale, par la naissance d'une fille de 3.210 grammes avec bi-pariétal de 9 centimètres.

Je refermai le bassin comme nous avons l'habitude de le faire et ainsi que nous l'avons déjà exposé à plusieurs reprises, et du côté de la plaie pubienne la réparation se fit de la façon la plus régulière.

Les suites de couches furent momentanément troublées, mais d'une façon peu inquiétante. Les soirs des 6e et 7e jours, le thermomètre monta à 38°, température mise sur le compte d'une constipation assez accusée. Mais le 9e jour, le thermomètre était allé à 39°, je poussai mon examen plus avant : le col très béant n'était qu'à 2 centimètres de l'orifice vaginal, et le doigt remontant jusque dans le segment inférieur ramena quelques petits fragments à odeur suspecte. Immédiatement, sans chloroforme et sans valves, je fis à la curette un déblayage du segment inférieur et le lendemain le thermomètre descendait au-dessous de 37° pour ne plus remonter.

Le 2 mars, c'est-à-dire le 18e jour après l'accouchement, la malade se levait.

Deux jours après, elle commençait à aider les infirmières dans le service de la salle et le 12 mars, soit 28 jours après l'opération, elle quittait le service avec son enfant, qu'elle nourrissait d'une façon satisfaisante.

Obs. II. — Le 5 mai suivant, on apportait dans le service de la clinique une jeune primipare en travail depuis la matinée de la veille.

Cette femme, dont les antécédents héréditaires n'ont rien d'intéressant, présente, par contre, dans ses antécédents personnels quelques particularités à retenir. Bien que nourrie au sein, dit-elle, elle a marché assez tard, puis à 3 ans et demi elle a présenté une affection de la hanche gauche qui a nécessité un long traitement à l'hôpital des Enfants. Il s'agit d'une coxalgie qui s'est terminée par ankylose. Le membre inférieur gauche atrophié est fixé en demi-flexion et adduction.

A part cela, l'état général fut toujours assez bon et le flux menstruel, qui apparut pour la première fois à 15 ans et demi, fut depuis toujours régulier.

A 23 ans, elle devient enceinte ; elle a ses dernières règles du 25 au 30 juillet 1904 et, après une très heureuse grossesse, entre en travail le 4 mai 1904, c'est-à-dire bien au terme de ses neuf mois.

Un de nos confrères appelé en ville l'examine et juge que la déformation de son bassin pourra être l'occasion de complications assez graves, difficiles à surmonter en clientèle ; aussi l'envoie-t-il dans le service de la Clinique. Elle y est transportée le 5 mai à 5 heures du matin, ayant alors une dilatation de 5 francs ; à midi, la dilatation est complète avec rupture de la poche des eaux, et on attend que la tête essaie son engagement.

C'est alors que je suis appelé dans le service en remplacement de mon maître, M. le professeur Lefour, obligé de s'absenter.

Comme je l'ai déjà fait pressentir, nous sommes en présence d'un bassin à viciations complexes : le promontoire est facilement accessible à 10 centimètres du sous-pubis et le côté droit du bassin est aplati, la symphyse pubienne étant déjetée du côté gauche. En somme, bassin aplati asymétrique, double malformation provenant du rachitisme et de la coxalgie. L'enfant volumineux est en présentation du sommet, en position gauche, le pariétal antérieur très débordant au-dessus de la symphyse pubienne. Il n'y a pas la moindre tendance à l'engagement.

Une tentative d'applications de forceps est faite sans succès et, les battements du cœur fœtal étant excellents, la symphyséotomie est immédiatement exécutée en quelques minutes. Avec un écartement de 5 centimètres et demi, la tête entraînée avec le forceps tombe dans l'excavation et, le bassin étant aussi bien refermé que possible, la tête fœtale est dégagée sans provoquer la moindre lésion vulvo-périnéale. L'enfant est un beau garçon de 3.440 grammes avec diamètre bi-pariétal de 10 centimètres.

Les suites de couches furent on ne peut plus normales ; la malade se leva le 22e jour et quitta le service au bout de 27 jours en parfaite santé et marchant comme auparavant, aussi bien que lui permettait son membre coxalgique.

Obs. III. — Elle a trait à une femme de 29 ans, ayant eu déjà cinq grossesses et n'ayant pu encore conserver aucun de ses cinq enfants. Cette femme. originaire de la Charente, nourrie d'une façon assez défectueuse pendant les premiers mois, a commencé à marcher à 4 ans seulement. Malgré cela, son état général est bon ; ses règles, régulières et non douloureuses, se montrent à 14 ans, et à 19 ans elle se marie.

Surviennent alors assez rapidement quatre grossesses, qui ont donné les résultats suivants :

1° A 20 ans. Accouchement à terme. Expulsion laborieuse d'une fille de petit volume qui succombe le lendemain de sa naissance ;

2° A 22 ans. Accouchement prématuré spontané à huit mois et demi. Expulsion difficile d'un garçon mort pendant le travail ;

3° A 24 ans. Accouchement à terme terminé par basiotripsie ;

4° A 25 ans. Accouchement à terme terminé par basiotripsie.

Cette femme, désolée de la terminaison lamentable de tous ses accouchements, vient en 1903 à la Clinique d'accouchement. On lui expose qu'en la faisant accoucher avant terme, on peut lui donner un enfant vivant, mais qui n'aura que très peu de chance de vivre, tandis qu'une intervention est capable de lui donner à terme un enfant parfaitement constitué et viable. Après discussion avec son mari, elle écarte l'idée d'intervention et demande qu'on essaie de la rendre mère au moyen de l'accouchement provoqué. Donc :

5° A 27 ans. Accouchement prématuré provoqué à huit mois. Forceps au D. S. Fille de 2 kgr. 300 morte le lendemain.

Découragée par ce nouvel échec, cette malheureuse femme quitte le service bien décidée cette fois, ainsi que son mari, à accepter les yeux fermés ce qui sera nécessaire, si elle redevient enceinte.

L'attente ne fut pas très longue, car ses règles paraissaient pour la dernière fois du 15 au 18 février, et le 5 novembre, c'est-à-dire un peu avant la fin de ses neuf mois, elle se faisait porter rapidement à la Clinique, car le travail venait inopinément de se déclarer.

Cette femme, dont la taille n'excède pas 1 m. 52, a un bassin symétrique aplati, dont l'angle sacro-vertébral est à 8 cm. 5 du sous pubis, avec deux faux promontaires sacrés assez saillants. En un mot, bassin canaliculé de 7 centimètres environ. Bassin limite.

L'utérus, dont le fond s'élève à 34 centimètres au-dessus du pubis, contient un fœtus dos à gauche dont la tête très mobile au D. S. paraît, après l'emploi du palper mensurateur, absolument incapable de pénétrer dans le petit bassin. A 1 heure du soir, col effacé. A 3 heures, dilatation comme une pièce de deux francs. A 7 heures du soir, malgré des contractions presque constantes et très énergiques, la dilatation n'a fait aucun progrès. Mise en place du gros ballon de Champetier, qui à 8 heures a amené l'orifice utérin à la dilatation complète. Mais le détroit supérieur est si exigu, que le ballon gonflé ne peut le franchir. il est indispensable de le vider en partie pour le faire pénétrer dans le petit bassin.

A partir de ce moment la partie, pour l'enfant, devient assez tragique. En effet, en pratiquant le toucher après l'extraction du ballon, on constate que le placenta décollé couvre la majeure partie de l'aire de la dilatation, dans laquelle se trouve également le cordon qui ne bat que très faiblement. Rétropulsion manuelle du placenta et du cordon jusqu'à la mise en place d'un second ballon de Champetier. Au bout de 3 ou 4 minutes les battements du cœur fœtal, qui avaient presque complètement disparu, reprennent et deviennent nettement perceptibles.

La symphyséotomie est alors rapidement exécutée. Le bassin étant ouvert, le ballon de Champetier est retiré. La portion de placenta décollée et le cordon retombent aussitôt dans le vagin; mais une version permet avec un écartement de 4 cm. 5 l'extraction facile d'un enfant qui respire et crie au bout de quelques minutes. C'est un garçon de 2 kgr. 900 avec diamètre bipariétal de 9 centimètres, délivrance artificielle.

Après l'accouchement une hémorragie rétro-symphysienne profuse nécessita la mise à demeure d'un tamponnement et une injection hypodermique de sérum salé pendant la restauration de la plaie symphysienne. Les vaisseaux veineux rompus, variqueux sans doute (énormes varices au niveau des organes génitaux externes et des plis inguinaux), devaient être fort importants, car 24 heures après l'intervention, au moment de l'extraction de la mèche de gaze, l'hémorragie reprend excessivement intense et réclame à nouveau un tamponnement qui reste 48 heures. Au bout de ce temps il est enlevé et remplacé par un petit drain enlevé 6 jours après.

Malgré ces complications, le résultat opératoire fut parfait ; réunion immédiate de la plaie opératoire. La malade se plaignit seulement, pendant une huitaine de jours, d'une coccygodynie très accusée. L'enfant très bien portant fut au douzième jour emporté dans le département de la Charente par son père, qui le confia chez lui aux soins d'une bonne nourrice (1).

En 1909 – 6e grossesse. acc[illegible] à terme spontané par le[illegible] d'un enfant de 3,200 g[illegible]

Ces trois observations nous semblent assez bien venir à leur heure, à un moment où la symphyséotomie, perdant un peu de terrain au profit de l'opération césarienne, est considérée par certains accoucheurs comme destinée même à disparaître devant les succès de l'hystérotomie. C'est ainsi que Voorhees, dans l'*American Journal of Obstetrics* (août 1905), déclare que la symphyséotomie n'est plus qu'une opération appartenant au passé.

Certes l'opération césarienne a du bon. Tout en restant aussi simple et aussi facile que la symphyséotomie, je dirai mieux, souvent plus simple et plus facile, elle a encore pour elle *dans les bassins limites* la

(1) Ces trois enfants, âgés actuellement de 12 mois, 9 mois et 3 mois bientôt, sont en parfaite santé.

certitude de donner un enfant vivant, ce dont on n'est pas toujours absolument sûr avec la symphyséotomie. Mais le plus gros reproche qu'on puisse lui adresser, c'est d'entraver pour l'avenir la fonction de reproduction.

Elle fait plus que l'entraver, elle l'annihile, lorsque l'accoucheur, ainsi que le pense M. le professeur Lefour, fait suivre l'hystérotomie de la stérilisation de la femme, soit par amputation utéro-ovarienne, soit plus simplement par la double section des trompes. La césarienne entrave la fonction de reproduction, même lorsqu'elle est conservatrice. Je sais bien qu'assez souvent on voit des femmes subir avec succès deux et même trois opérations césariennes itératives ; mais, à côté de cela, quelques femmes dont l'utérus a été une première fois ouvert, voient une nouvelle grossesse funestement interrompue par une rupture utérine, surtout si la femme n'est pas secourue avant le travail.

Voici à notre sens la principale raison pour laquelle la symphyséotomie doit être non seulement conservée, mais préférée vis-à-vis de certains bassins dont l'ampleur relative permet à coup sûr, après agrandissement du bassin, l'extraction de l'enfant sans violence. La symphyséotomie est l'opération conservatrice par excellence : elle conserve l'enfant et conserve dans leur complète intégrité les organes de la reproduction.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE RÉPÉTÉE CHEZ LA MÊME FEMME

ADHÉRENCES UTÉRO-PARIÉTALES ET PRONOSTIC FŒTAL (1)

Par le docteur A. FRUHINSHOLZ, professeur agrégé à la Faculté de Nancy

---

Ayant eu l'occasion en août 1905, à la Maternité de Nancy, où nous avions l'honneur de suppléer le professeur Alphonse Herrgott, d'assister une femme qui était venue avorter dans le service, et chez laquelle on avait fait antérieurement une série de 3 opérations césariennes conservatrices, nous avons pensé que son observation pourrait prêter à certaines considérations que nous avons voulu dégager.

Nous ne résumerons ce cas qu'autant qu'il est intéressant au point de vue particulier d'où nous l'envisagerons; l'histoire de la malade est d'ailleurs en partie relatée par notre maître dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (2).

Obs. — X..., 30 ans, VIpare. A marché à 8 mois, mais à partir de 1 an a dû tenir le lit jusqu'à l'âge de 9 ans, époque à laquelle elle aurait seulement pu de nouveau marcher. Présente certaines déformations du squelette qui semblent de nature achondroplasique. Sa taille est de 1 m. 22. Le bassin, notablement rétréci, a un *diamètre utile* de 59 millimètres.

Réglée à 17 ans. En 1898, *première grossesse.* L'enfant succombe *à terme*, pendant le travail, à une procidence du cordon. On fait la basiotripsie. *Enfant* de 2.100 *grammes.*

En 1899, *deuxième grossesse.* On pratique cette fois la basiotripsie sur l'enfant vivant, la parturiente se refusant absolument à toute opération sanglante. Enfant de 2.500 grammes.

En 1900, *troisième grossesse.* Le docteur Schuhl pratique à terme chez la femme en travail l'opération césarienne, il extrait un enfant de 2.980 grammes. Les suites opératoires sont normales. On note cependant une élévation thermique à 38° le 5e jour et on constate que *l'utérus reste accolé à la paroi abdominale postérieure*, son fond s'élevant à 15 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

---

(1) Communication à la *Société d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris*, février 1905.

(2) A. Herrgott, Récidive d'opération césarienne chez une achondroplasique. *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1902.

En 1901, *quatrième grossesse.* Le travail se déclare *une dizaine de jours avant le terme présumé* de la grossesse. Nouvelle césarienne par le docteur A. Herrgott : « J'incise l'abdomen, écrit-il, sur la ligne médiane; les différents plans de cette paroi, la peau, les muscles et le péritoine, sont confondus. Je prolonge l'incision à 4 centimètres environ au-dessus de l'ombilic.

« La cavité péritonéale ouverte, je trouve des *adhérences* qui maintiennent l'utérus accolé au péritoine pariétal, *surtout à gauche* de la ligne médiane. Je tente de les décoller, mais je dois y renoncer. En persistant, je risquerais de produire une hémorragie en nappe, qu'il me serait difficile d'arrêter.

« Les membranes étant rompues artificiellement par le vagin, *j'incise la paroi utérine immédiatement en dehors de ces adhérences.*

« Je rencontre le placenta qui était directement inséré sur la face antérieure de l'utérus. Je le décolle rapidement. Le fœtus, saisi par les pieds, est extrait facilement. On pince le cordon et on le sectionne.

« L'enfant est né en état de mort apparente, mais il suffit de quelques insufflations et de quelques frictions pour le ranimer.

« C'est une fille de 2.700 grammes.

« Le placenta, libéré de ses attaches utérines, est facilement enlevé ainsi qu'une partie des membranes; seulement le reste de ces membranes demeure adhérent et je suis obligé de les saisir avec une pince en T pour arriver à les décoller.

« Pendant ce temps, *un aide fait, autant que les adhérences utéro-abdominales le permettent, la compression des vaisseaux qui se rendent à l'utérus,* en comprimant les parties latérales de cet organe. L'hémorragie est heureusement très peu abondante; cependant *la rétraction utérine est incomplète à cause des adhérences anciennes qui maintiennent la matrice élevée.....* »

La fin de l'opération ne présente aucun incident notable. Le soir même et le lendemain la malade « accuse de violentes douleurs au niveau de la région antérieure de l'abdomen correspondant aux adhérences utérines que nous avons signalées ». On note encore dans les jours qui suivent que l'utérus demeure « comme appendu à la face postérieure de la paroi antérieure du ventre. En pratiquant le toucher on trouve *le col très élevé au fond de la cavité vaginale, qui semble comme étirée* ». L'utérus au 18e jour reste élevé de 20 centimètres au-dessus des pubis.

En 1904 *cinquième grossesse* (*inédite*). Les deux enfants issus des césariennes antérieures vivent et sont bien portants. La mère a été normalement réglée, sans douleur depuis l'intervention.

Ses dernières règles ont duré du 9 au 12 décembre 1903.

Le géniteur mâle est toujours le même. Le travail commence prématurément le 13 juillet 1904 au soir, au début du huitième mois.

Rupture spontanée de la poche des eaux le 14, à 7 heures du matin. A 1 heure de l'après-midi le professeur A. Herrgott pratique l'opération césarienne pour la troisième fois avec l'assistance du professeur Gross et du docteur Fruhinsholz. L'incision de la paroi abdominale est faite suivant l'ancienne cica-

trice; tous les plans sont confondus. Le ventre ouvert, on constate l'existence de nombreuses et solides adhérences utéro-pariétales, dans lesquelles se trouve encore englobé l'épiploon. Les adhérences sont surtout considérables à gauche.

On ne sectionne au bistouri que celles qui sont en rapport direct avec la ligne médiane. L'utérus apparaît fortement tordu sur son axe; la face antérieure regarde vers la gauche, la trompe droite s'oriente en avant. On retrouve des vestiges des sutures anciennes de l'utérus et on pratique la nouvelle incision un peu en dehors vers la droite. On extrait un garçon de 1 kgr. 800, qui crie aussitôt. Le placenta était inséré en avant et en bas. L'utérus ne se rétracte qu'autant que les adhérences le lui permettent; d'autre part, l'impossibilité où on est de le faire basculer en avant et de comprimer efficacement ses bords fait que *l'écoulement sanguin est très abondant*. On est obligé de recourir à la compression directe de l'aorte tandis qu'on suture rapidement; mais certains points sont d'une exécution difficile, par suite de la proximité des adhérences avec la tranche gauche de la plaie. L'opération s'achève sans autre incident notable. Les suites sont normales et le 21e jour la malade quitte le service; son enfant est vivant et pèse 1.700 grammes; l'utérus est resté gros et adhérent à la paroi. L'enfant devait succomber peu après.

En 1905, *sixième grossesse*. Dernières règles du 15 au 20 mars; pas d'incident au cours de la gestation. Le travail débute spontanément; la femme entre à la Maternité la nuit du 16 au 17 août alors qu'elle est enceinte de 5 mois à peine.

A 8 heures du matin on rompt artificiellement les membranes. A 8 h. 1/4 expulsion d'un garçon vivant pesant 790 grammes.

On attend deux heures que la délivrance se fasse; passé ce délai, on la réalise artificiellement; on ne sent rien d'anormal dans la cavité utérine; le placenta n'est pas inséré bas; il n'y a pas d'hémorragie appréciable; l'utérus reste gros et suspendu à la paroi abdominale; les suites de couches sont normales.

Un fait mérite, croyons-nous, de fixer l'attention en dehors des menues difficultés opératoires occasionnées par les adhérences utéro-pariétales et sur lesquelles nous ne reviendrons pas; nous avons été frappé en effet, à l'analyse de cette observation, de la *variation du poids, suivant un rythme particulier, des six fœtus que cette femme a successivement portés.*

Le premier enfant, qui est à terme d'après les dernières règles, pèse 2.100 grammes; les deux enfants suivants, dont l'un est basiotripsié et l'autre extrait par section césarienne, et qui pèsent respectivement 2.500 et 2.980 grammes, sont de plus en plus gros et conformes à la loi d'accroissement de poids des fœtus avec le degré de parité (Pinard). Mais

les deux césariennes ultérieures n'ont plus livré que des enfants de 2.700 grammes l'un, 1.800 grammes l'autre : celui-ci n'a pas tardé à succomber. Alors que la première césarienne avait eu lieu au cours du travail, au terme de la grossesse, les deux autres ont été faites au cours du travail également, mais qui s'était déclaré dix jours d'abord, puis six semaines avant l'échéance normale ; dans ce dernier cas, il est vrai, le placenta était inséré en avant et en bas. Enfin une sixième grossesse survient ; on se propose de faire une quatrième césarienne au moment opportun, mais on n'en a pas le loisir, car au cinquième mois le travail se déclare et aboutit à l'expulsion spontanée, sans incident, d'un fœtus vivant ; on n'observe pas, au cours de la délivrance artificielle qu'on doit pratiquer, que le placenta fût inséré bas ; d'autre part, le mari de cette femme était absent depuis un certains temps au moment où l'accident survint ; il n'y avait pas eu de rapports sexuels récents ; il n'y avait pas en un mot de cause patente à l'avortement. Nous nous sommes demandé dans ces conditions si la destinée des produits de conception n'avait pas été régie, à partir de la première section césarienne, par l'existence de ces adhérences utéro-pariétales très intimes qu'on trouvait se fortifiant d'une intervention à l'autre, si ce n'était pas là le point de départ de *l'impuissance progressive de l'utérus à porter son fruit jusqu'au terme normal.*

Cette question ne limite pas son importance au cas particulier, mais est d'une portée beaucoup plus générale. En effet, les adhérences utéro-pariétales étant encore fréquentes à la suite de l'opération césarienne conservatrice, il importe de savoir si vraiment, et jusqu'à quel point, elles peuvent être nocives et porter préjudice aux gestations ultérieures ; c'est la question de légitimité de la césarienne conservatrice itérative qui se trouve posée ; la question aussi de sa valeur relativement à la symphyséotomie dans les cas où ces deux interventions peuvent être concurrentes.

On a bien étudié dans ces dernières années (Abel (1), Bar (2), Van Leeuwen (3), etc...) le pronostic à longue portée de la césarienne con-

(1) Abel, Vergleich der Dauerfolge nach Symphysiotomie und Sectio cæsarea. *Archiv für Gynäkol.*, 1899, t. LVIII. H. 2

(2) Bar, *Leçons de pathologie obstétricale*, 1900.

(3) Van Leeuwen, *Herhaalde Sectio cæsarea*. Thèse Utrecht, 1904. Les conclusions en ont paru dans les *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1904.

servatrice, et il résulte nettement de la majorité des observations publiées, que l'aptitude au travail et que la fécondité des femmes césarotomisées n'est pas amoindrie; qu'une grossesse nouvelle survenant les expose bien à quelques risques (rupture, etc.) et que des adhérences péritonéales peuvent apporter quelque complication au cours d'une opération ultérieure, mais que ces risques et que cette complication éventuelle ne sont pas de nature à « nous autoriser à abandonner la section césarienne conservatrice au profit des opérations mutilatrices » (Bar). *Nous avons voulu préciser ce pronostic à long terme et nous rendre compte de l'influence que pouvaient avoir sur le développement du produit de conception la cicatrice opératoire utérine et surtout les adhérences qui souvent l'accompagnent.*

Recherchant dans la littérature obstétricale récente (1), afférente par conséquent à l'opération césarienne *modernisée*, les cas d'intervention récidivée et ne retenant que ceux dans lesquels le poids des enfants et les particularités de la paroi utérine avaient été notés, nous avons pu dresser les tableaux ci-annexés.

Nous dirons de suite, à l'avantage de la césarienne conservatrice répétée, que l'impression qui se dégage de la lecture de ces tableaux n'est pas conforme à celle que nous avons formulée plus haut et que notre observation personnelle avait évoquée. Nous ne trouvons qu'une observation, celle de Bar (n° 42), où, à trois opérations césariennes consécutives, le poids des fœtus soit allé nettement en diminuant, en coïncidence avec l'existence d'adhérences lâches utéro-pariétales (obs. 4, 5 et 8, enfants de 2.300, 2.080 et 2.000 grammes). Cette observation, une des premières que nous avions lues au début de nos recherches, nous avait frappé, en parcourant l'intéressante publication où elle est relatée, d'autant que nous avions pu établir immédiatement une comparaison avec les résultats de symphyséotomies répétées par le même auteur, et que nous avions constaté (obs. 7 et 15 du tableau de 23 symphyséotomies) d'une symphyséotomie à l'autre une augmentation de 3.150 à 3.900 grammes dans un premier cas (obs. 7), une augmentation de 3.110 à 3.670 grammes dans un second cas (obs. 15).

---

(1) Nous n'avons malheureusement pu nous procurer les observations de Charles de Liège, non plus que certaines publications anglaises et américaines. Nous répétons que nous n'avons enregistré que les observations dans lesquelles le poids des enfants avait été noté.

Quoi qu'il en soit, notre impression première n'est que superficielle; elle ne paraît valoir que pour une observation de Bar et la nôtre, mais ne justifie pas une généralisation. *La césarienne répétée chez la même femme donne des produits fœtaux dont la qualité légitime absolument la récidive opératoire.*

Nous avons, en utilisant les poids des enfants donnés par nos tableaux, mais en n'utilisant que ceux qui formaient série, correspondant à 2 ou 3 césariennes consécutives, en telle sorte que les totaux fussent comparables entre eux, obtenu les moyennes suivantes. Nous avons distingué suivant qu'il y avait eu ou non des adhérences utéro-pariétales :

A) *Poids respectifs des enfants provenant de deux césariennes consécutives chez la même femme (dans les cas provenant des observations ci-jointes où les poids ont été notés pour chaque intervention)* :

NUMÉROS	PREMIÈRE CÉSARIENNE		DEUXIÈME CÉSARIENNE	
	ADHÉRENCES	PAS D'ADHÉRENCES	ADHÉRENCES	PAS D'ADHÉRENCES
	gr.	gr.	gr.	gr.
3	2.820	»	3.250	»
4	4.200	»	3 900	»
5	2.850	»	3 100	»
11	»	2.900	»	2 820
27	3.200	»	3.200	»
28	3.500	»	3.200	»
29	3.050	»	2 900	»
30	2.650	»	3.000	»
32	»	3.350	»	3.580
33	»	3.300	»	4.050
34	4.500	»	4.650	»
35	3.600	»	3.750	»
36	3.000	»	2.750	»
37	4.200	»	4.000	»
38	2 950	»	2.170	»
39	2.650	»	3.400	»
40	3.250	»	3 300	»
41	2.850	»	3.010	»
42	2.300	»	2.080	»
48	»	2.880	»	3.200
51	2.980	»	2 700	»
52	»	3.000	»	3.500
49	»	3.180	»	3 750
9	»	2.700	»	3 000
45	3.500	»	3.250	»
2	2.660	»	2.400	»
50	2.620	»	3 040	»
TOTAL. . . .	63.330	21.310	63.050	23.900

B) *Poids respectifs des enfants provenant de trois césariennes consécutives chez la même femme* (*dans les cas provenant des observations ci-jointes où les poids ont été notés pour chaque intervention*) :

NUMÉROS	PREMIÈRE CÉSARIENNE		DEUXIÈME CÉSARIENNE		TROISIÈME CÉSARIENNE
	ADHÉRENCES	PAS D'ADHÉR.	ADHÉRENCES	PAS D'ADHÉR.	
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
5	2.850	»	3.100	»	3.500
27	3.200	»	3.200	»	4.060
38	2.950	»	2.170	»	2.480
39	2.650	»	3.400	»	3.200
40	3.250	»	3.300	»	3.100
41	2.850	»	3.010	»	4.140
42	2.300	»	2.080	»	2.000
51	2.980	»	2.700	»	1.800
6	4 600	»	3.790	»	3.950
TOTAL. . . .	27.630	»	26.750	»	28.220

Il résulte de la lecture du TABLEAU A que, *si la somme des poids des enfants provenant d'une seconde césarienne, dans les cas où des adhérences utéro-pariétales existent, est* SENSIBLEMENT *égale* (en réalité légèrement inférieure) *à celle des poids des enfants issus de la première intervention, dans les cas où les adhérences manquent, il y a un avantage manifeste pour les enfants, dont le poids s'accroît conformément à la loi habituelle.*

Le TABLEAU B, d'autre part, nous apprend que, *lorsque des adhérences existent, leur influence ne se poursuit pas fatalement, et en s'aggravant, sur les produits des grossesses à venir : si le poids des fœtus reste sensiblement égal à lui-même ou même est susceptible de diminuer légèrement à la deuxième intervention, il accuse une tendance à s'accroître à la troisième, même en coïncidence avec des adhérences utéro-pariétales.*

Nous nous étions, à propos de l'observation mentionnée plus haut, posé une autre question de portée pratique. Lorsqu'en effet la femme, qui en est le sujet, revint en travail pour la sixième fois à 5 mois de grossesse, nous nous sommes demandé jusqu'à quel point son utérus, 3 fois suturé en 3 endroits différents, couturé de cicatrices, adhérent il est vrai à la paroi abdominale, ferait les frais des contractions nécessaires à l'expulsion du fœtus et si une rupture de l'utérus n'en pourrait pas être le résultat. N'ayant pas l'expérience de ces cas exceptionnels, nous avions fait à tout hasard préparer ce qu'il fallait pour parer aux suites d'une déchirure utérine possible.

Or nous avons profité de nos recherches bibliographiques pour voir

jusqu'à quel point nos craintes avaient été justifiées. Elles l'étaient peu.

Les auteurs relatent bien les ruptures de l'utérus qui peuvent survenir spontanément au cours des grossesses succédant à une opération césarienne; ces ruptures qui surviennent inopinément, le plus souvent en dehors ou tout au début du travail, sont connues; nous n'y reviendrons pas ici. Mais ce que l'on connaît moins, c'est la résistance d'un de ces utérus couturés, au cours de l'expulsion d'un fœtus abortif ou prématuré par les voies naturelles, quand celles-ci lui offrent un passage suffisant. Or nous signalons dans nos tableaux, à plusieurs reprises, des cas d'avortements ou d'accouchements prématurés, intercalés entre deux opérations césariennes, les uns à détermination spontanée, les autres provoqués : aucun n'a été marqué par un incident quelconque.

A ce propos, nous dirons encore qu'on ne peut pas, à la lecture des tableaux ci-joints, ne pas être frappé de l'extrême rareté des avortements spontanés d'une césarienne à l'autre : nous ne trouvons, en définitive, que deux cas d'avortement *spontané* intercalés entre les césariennes pratiquées pour la première fois et celles pratiquées pour la deuxième fois, et cependant nous avons cherché systématiquement à préciser l'histoire obstétricale intermédiaire des malades dont nous relatons les observations.

Peut-être doit-on attribuer cette rareté de l'avortement spontané chez les femmes césarotomisées à ce que ce sont pour la plupart des femmes triées, sélectionnées, à certains points de vue tout au moins, par leurs opérateurs, exemptes de tares qui, comme la syphilis et l'abuminurie, sont des causes fréquentes d'avortement; d'autre part, elles ont presque toujours des malformations pelviennes, grâce auxquelles le col de l'utérus reste élevé et éloigné de certains traumatismes, agents habituels de l'expulsion prématurée de l'œuf.

Nous dirons donc en manière de conclusion que, contrairement à l'impression qui pouvait émaner de la lecture de l'observation rapportée ci-dessus, *l'opération césarienne itérative chez la même femme et pratiquée jusqu'à trois fois de suite reste une opération non seulement légitime, mais recommandable pour les résultats très avantageux qu'elle donne en ce qui touche les produits fœtaux.*

Les adhérences utéro-pariétales qui se trouvent établies d'une intervention à l'autre sont encore très fréquentes puisque nous les trouvons notées dans 33 de nos cas sur 52.

L'existence de ces adhérences n'a pas une influence considérable sur le développement et la maturation des produits de conception à venir. Les adhérences utéro-pariétales qui établissent une véritable *hystéropexie accidentelle* ne sont en rien comparables à celles qui résultent de l'hystéropexie opératoire faite sur l'utérus à l'état de vacuité. Non seulement elles ne sont capables que bien rarement de provoquer par elles-mêmes des avortements et des accouchements prématurés à la suite d'une césarienne, mais lorsque des accouchements prématurés se sont spontanément produits ou ont été provoqués, ce qui est le cas habituel, nous n'avons pas trouvé signalés une seule fois de ces accidents comme on en observe malheureusement encore assez souvent à la suite de l'hystéropexie chirurgicale (présentations anormales, difficultés dystociques graves). Cette différence foncière entre l'hystéropexie accidentelle, consécutive à la césarienne, et l'hystéropexie opératoire, au désavantage de celle-ci, nous semble devoir être attribuée aux conditions absolument dissemblables dans lesquelles l'adhérence de l'utérus s'établit : dans un cas, l'utérus se soude avec la paroi tel qu'il est après l'expulsion fœtale, volumineux encore et dans sa direction physiologique : une grossesse survenant ne le surprendra pas trop ; dans l'autre cas, il est saisi vide et mis en rapport forcé avec la paroi abdominale, au détriment souvent de sa direction normale.

Si anodines soient-elles, les adhérences post-opératoires consécutives à la césarienne n'en devront pas moins être restreintes dans la mesure du possible. Indépendamment de la facilité qui doit en résulter pour une opération itérative, on favorisera ainsi le développement des enfants ultérieurement conçus, ce qui se traduira par une augmentation de poids toujours appréciable.

Tableau résumé de 52 observations d'opérations césariennes itératives.

N° d'ordre	Indication bibliographique	Première césarienne — Poids de l'enfant	Deuxième césarienne: Existence d'adhérences — Poids de l'enfant	Deuxième césarienne: Pas d'adhérences pariétales — Poids de l'enfant	Troisième césarienne — Poids du fœtus	Observations
1	**Burckhardt** Thèse Iéna (1891)	A Dresde, dans le service de Léopold. 3235 gr.	Adhérences légères. Enfant « à terme, vigoureux ». Poids non spécifié.	»	Les adhérences ne sont plus retrouvées. 3000 gr.	»
2	**Hoffmann** Thèse Giessen (1894) (Service Löhlein)	2660 gr.	Adhérences légères. Travail déclaré spontanément 15 jours avant terme. 2400 gr.	»	»	»
3	**Schneider** *Zentr. f. Gynæk.* (1895)	2820 gr.	Adhérences surtout épiploïques et intestinales. 3250 gr.	»	»	»
4	**Vasten** *Vratch* (1896) N° 47	4200 gr.	Adhérences pariétales légères et épiploïques. 3900 gr.	»	»	»
5	**Van den Poll** *Zentr. f. Gyn.* (1896), p. 534.	2850 gr.	Adhérences pariétales. 3100 gr.	»	3500 gr.	»
6	**Hinschius** Thèse Berlin (1898) (Service *Olshausen*)	Obs. 14 4600 gr.	Adhérences lâches. Femme opérée en travail. Placenta inséré en arrière. 3790 gr.	»	Adhérences persistantes. 3950 gr.	»
7	**Hinschius** Thèse Berlin (1898) (Service *Olshausen*)	Obs. 24 3870 gr.	? Adhérences légères.	»	Adhérences légères, 3850 gr.	»
8	**Braun-Fernwald** *Zentr. f. Gyn.* (1898). N° 19	»	»	César. pendant le travail. Celui-ci a debuté à 8 mois, malgré une immobilisation au repos à la clinique même, 2050 gr.	»	Entre la 1re et la 2e césarienne, avortement provoqué sans incident.
9	**Brünnings** *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* (1898), t. VII, p. [illegible]	2700 gr.	»	Opérée en travail, 3000 gr.	»	»

	[illegible]	3900 gr		[illegible] gr. Le placenta est inséré en avant.	»	Entre la 1re et la 2e césarienne, basiotripsie sur un enfant à terme.
11	Obs. [illegible]	?	»			
12	Obs. 43	?	»	3080 gr.	»	»
13	Obs. 44	?	»	3500 gr.	»	»
14	Obs. 47	?	»	3550 gr.	»	»
15	Obs. 52		»	?	»	4e césarienne : Adhérences pariétales. Opérée en travail. Placenta en avant. 2950 gr.
16	Obs. 59	?	»	?	Pas d'adhérences. 3100 gr.	»
17	Obs. 61	?	»	Opérée en travail. 3220 gr.	»	»
18	Obs. 63	?	»	Opérée en travail. 3490 gr.	»	»
29	Obs. 66	?	Adhérences étendues. Opérée en travail. 2000 gr.	»	»	»
20	Obs. 70	?	Adhérences surtout coliques. Opérée en travail. 3470 gr.	»	»	»
	Hahn *Zentr. f. Gyn.* (1899), p. 1457.	?	»	3800 gr.	»	»
21	Obs. 2					
22	Obs. 8	?	Adhérences étendues. 3060 gr.	»	»	»
23	Obs. 9	?	Adhérences fortes. 3750 gr.	»	»	Prés. siège à la 2e césarienne.
24	**Petersen** *Zentr. f. Gyn.* (1899), p. 1409.	? Non spécifié	Adhérences légères. 2000 gr.	»	»	»
25	**Franck** Thèse Fribourg (1899)	?	»	3750 gr.	Adhérences. Poids non spécifié.	Entre la 1re et la 2e césarienne, un accouchement prématuré artificiel sans incident.
26	**Cryzewicz** *Zentr. f. Gyn.* (1899)	?	1900 gr.	»	»	»

N° D'ORDRE	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	PREMIÈRE CÉSARIENNE — POIDS DE L'ENFANT	DEUXIÈME CÉSARIENNE — EXISTENCE D'ADHÉRENCES POIDS DE L'ENFANT	DEUXIÈME CÉSARIENNE — PAS D'ADHÉRENCES PARIÉTALES POIDS DE L'ENFANT	TROISIÈME CÉSARIENNE — POIDS DU FŒTUS	OBSERVATIONS
27	**Pollak** *Zentr. f. Gyn.* (1899)	3200 gr.	3200 gr.	»	Adhérences épiploïques surtout.	»
	Abel (Service Zweifel) *Arch. f. Gyn.* (1899). t. LVIII.					
28	Obs. 45	3500 gr.	3200 gr.	»	4050 gr.	A subi ultérieurement un accouchement prématuré provoqué sans incident.
29	Obs. 46	3050 gr.	2900 gr.	»	»	»
30	Obs. 47	2650 gr.	3000 gr.	»	»	»
31	Obs. 48	?	3450 gr.	»	»	»
32	Obs. 50	3350 gr.	»	3580 gr.	»	Entre la 1re et 2e césarienne, 2 accouchements prématurés provoqués et un avortement provoqué sans incident.
33	Obs. 51	3300 gr.	»	4050 gr.	»	»
34	Obs. 52	4500 gr.	Adhérences lâches. 4650 gr.	»	»	»
35	Obs. 53	3600 gr.	Adhérences étendues. 3750 gr.	»	»	Entre la 1re et la 2e césarienne, un avortement de 3 mois.
36	Obs. 54	3000 gr.	Adhérences épaisses. 2750 gr.	»	»	»
37	Obs. 55	4200 gr.	4000 gr.	»	»	»
38	Obs. 56	2950 gr.	2170 gr.	»	2480 gr.	»
39	Obs. 57	2650 gr.	3100 gr.	»	3200 gr.	»
40	Obs. 58	3250 gr.	3300 gr.	»	3100 gr.	»
41	Obs. 59 Skutsch *Archiv f. Gyn.* t. XXXIV [illegible]	2850 gr.	Fortes adhérences. Opérée en travail. Grossesse gémellaire [illegible] gr. [illegible] gr.	»	4140 gr.	4e opération césarienne faite à Iéna (Cf. thèse Kwasniewski, 1894). Garçon « vigoureux ». Poids non [illegible]

42	**Bar** *Leçons de Path. obstétricale.* Obs. 4, 5, 8	2300 gr. Opération avant le début du travail.	Adhérences lâches. 2080 gr. Opération avant le travail.	»	2000 gr. Opération avant le début du travail.	»
43	Obs. 6	?	?	»	Adhérences nombreuses. Opérée avant le travail. 2400 gr.	»
44	**Gummert** *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, t. XI (1900), p. 1056. Obs. 2	?	Adhérences utéro-pariétales.	»	»	Entre la 1re et la 2e césarienne, un avortement spontané.
45	Obs. 8	3500 gr.	3560 gr.	»	»	»
46	**Otto v. Weiss** *Monats. f. Geb. u. Gyn.* (1900), t. XII, p. 600.	2600 gr. Le travail s'était déclaré avant terme (n'entre pas dans la statistique).	Adhérences légères. 3250 gr. 3480 gr.	»	»	»
47	**Wiener** *Monats. f. Geb. u. Gyn.* (1901), t. XIII, p. 456.	Opérée par Brunnings. ?	Adhérences. ?	»	2600 gr.	»
48	**Flatau** *Zentr. f. Gyn.* (1903), n° 29.	2880 gr.	»	3200 gr.	»	»
49	**Gache** *Ann. Gyn. et Obst.* (1904), t. II, p. 601.	3180 gr.	»	3750 gr.	»	»
50	**Pinard** Fonctionnement de la Clinique Baudelocque (1903-1904).	Obs. 433 de 1903. Opérat. : Couvelaire. En travail à terme. 2620 gr.	Adhérences utéro-pariétales et brides. 3040 gr. Obs. 1817 de 1904. Opérat. : Sauvage.	»	»	»
51	**A. Herrgott** Obs. rapportée ci-dessus. 1	2980 gr.	2700 gr.	»	1800 gr.	Un avortement spontané ultérieur sans incident.
52	Id. *Ann. Gyn. et Obst.* (janv. 1906). obs. 1.	3000 gr.	»	3500 gr. Opérée en travail.	»	»

RUPTURE DE LA CICATRICE D'UNE ANCIENNE OPÉRATION CÉSARIENNE SURVENUE A LA FIN D'UNE GROSSESSE COMPLIQUÉE D'HYDRAMNIOS

Par le docteur **A. COUVELAIRE** (1).

I. — Observation personnelle.

Bassin oblique ovalaire (type Naegele). — 1re grossesse : Opération césarienne conservatrice pendant le travail, en juillet 1902. *Enfant vivant. Suites simples. — 2e grossesse : Avortement de 2 mois environ, en novembre* 1904. *— 3e grossesse : Hydramnios. Rupture de la cicatrice, au cours du 9e mois, en décembre* 1905. *Enfant mort. Opération de Porro. Guérison.*

1. — Partie clinique.

B..., née de parents actuellement vivants et bien portants, a marché à 1 an et toujours bien depuis; n'a jamais été malade.

Réglée à 16 ans et toujours régulièrement jusqu'à 25 ans, époque de sa première grossesse.

1re Grossesse. — Dernières règles du 20 au 25 septembre 1902.

Les premiers mois se passent sans incident pathologique.

Elle vient à la consultation de la clinique Baudelocque le 6 juin 1903, enceinte de 8 mois environ. On constate l'absence d'accommodation pelvienne et la présence d'albumine dans les urines, et on la fait immédiatement entrer à la clinique.

L'examen systématique du bassin, imposé par la présence, au-dessus du détroit supérieur, d'une tête mobile, débordant notablement le pubis, conduit au diagnostic de malformation oblique ovalaire du bassin.

La vulve et la symphyse pubienne sont légèrement déjetées à gauche du plan médian du corps. L'asymétrie des hanches et des fesses est évidente. La fesse droite est aplatie ; la crête iliaque droite plus élevée de 4 centimètres que la gauche; le sillon interfessier légèrement oblique en bas et à gauche ; le pli fessier droit surélevé.

(1) Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, mars 1906.

La palpation permet de repérer les épines iliaques postérieures par rapport à la ligne épineuse lombo-sacrée : 4 centimètres de distance, à gauche; 2 centimètres à droite.

Le toucher vaginal digital permet de reconnaître le redressement de la ligne innominée droite, la saillie de l'épine sciatique gauche, et d'atteindre la partie postérieure de l'aire du détroit supérieur dans une région correspondant, non au promontoire déjeté à droite, mais à la région sacro-iliaque gauche. La région sacro-iliaque droite est constituée par une étroite gouttière, limitée par l'os iliaque et la base du sacrum.

La radiographie du bassin, rendue possible par l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur, confirme le diagnostic clinique.

En raison de la disproportion, déjà notable à la fin du 8e mois de la grossesse, entre la tête fœtale et le bassin, M. Pinard décide qu'on pratiquera l'opération césarienne dès le début du travail et m'en confie le soin.

Au cours du dernier mois de la grossesse, l'albuminurie légère (o gr. 25 à o gr. 50 par litre) persista, malgré le régime lacté absolu. Un léger degré d'hydramnios apparut au milieu du mois de juin. Le 28 juin, le fond de l'utérus était à 35 centimètres du pubis.

Le 7 juillet, à 7 heures du soir, premières contractions utérines douloureuses, qui restent irrégulières et peu intenses pendant toute la nuit.

Le 8 juillet, à 10 heures du matin, la dilatation étant d'une paume de main, es membranes intactes, les bruits du cœur fœtal normaux, je pratique, avec l'assistance de mon collègue Delestre, l'opération césarienne.

Incision médiane sus et sous-ombilicale de la paroi abdominale, permettant l'extériorisation de l'utérus gravide.

L'utérus est incisé verticalement sur sa face antérieure. L'incision est faite aux ciseaux, après ponction au bistouri permettant d'introduire l'index-guide en arrière de la paroi musculaire. L'incision ne correspondait pas au placenta. Les membranes sont ponctionnées d'un coup de ciseau, et la main pénétrant dans l'œuf extrait une fille vivante pesant 3.080 grammes, dont la tête présentait déjà un certain degré de chevauchement (l'écaille de l'occipital chevauchant sous les pariétaux, les deux frontaux sous les pariétaux et le pariétal droit sous le gauche).

Le placenta et les membranes sont décollées sans incident. Il n'y a pas d'hémorragie. Pendant qu'un aide fait à l'opérée une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'ergotine, une mèche de gaze stérilisée est poussée de l'utérus dans le vagin pour réaliser non un tamponnement utérin, mais un drainage utéro-vaginal.

La suture de l'utérus est effectuée au catgut : un premier plan de dix points séparés comprend toute l'épaisseur de la paroi utérine ; un second plan en surjet, séro-musculaire, assure l'affrontement des lèvres péritonéales de l'incision.

L'utérus bien rétracté est replacé dans le ventre.

Suture de la paroi abdominale en un plan (fils d'argent). Pas de drainage.

Durée totale de l'intervention, pansement compris, 25 minutes.

Les suites opératoires furent simples. La température fut pendant les 48 premières heures au-dessus de la normale (37°,8 et 38°,2 le 9 juillet ; 38°,1 et 39° le 10 juillet). Le 3e jour elle retombait à la normale et y resta. Le pouls demeura fréquent, oscillant entre 92 et 106 pulsations jusqu'au 18 juillet. Le ventre fut toujours souple.

La mèche utéro-vaginale fut retirée le 10 juillet, les fils le 17 juillet (réunion par première intention).

L'enfant, allaité par sa mère dès le 3e jour, pesait, le 9 août, 3.670 grammes.

Le 9 août, l'opérée quittait la clinique en bon état, ne présentant qu'une petite escarre, ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant à droite de l'extrémité supérieure du sillon interfessier. Cette escarre, qui fut signalée le 15e jour, était au moment de la sortie de la clinique en voie de cicatrisation.

Elle reprit son métier de fleuriste, sans fatigue, n'éprouvant aucune douleur abdominale. Elle allaita son enfant pendant 16 mois. Ses règles reparurent au bout de 10 mois, en tout semblables à ce qu'elles étaient autrefois.

2e Grossesse. — Avortement de 2 mois en novembre 1904. Suites simples. Réapparition des règles un mois après.

3e Grossesse. — Dernières règles du 4 au 9 mars. La grossesse évolue sans incidents. Pas de douleurs. Pas d'albumine dans les urines.

Elle entre le 14 novembre à la clinique Baudelocque.

Le fond de l'utérus est à 35 centimètres au-dessus du pubis. Léger degré d'hydramnios. La tête du fœtus est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Il ne semble pas cliniquement qu'il y ait d'adhérences entre la paroi utérine et la paroi abdominale, dont la cicatrice pigmentée reste correcte.

Pendant la fin du mois de novembre, l'hydramnios s'accentue. La paroi utérine est constamment tendue. Le 3 décembre, le fond de l'utérus s'élève à 47 centimètres au-dessus du pubis.

Le 6 décembre, à 2 heures et demie du matin, B... est réveillée par une violente douleur. La sage-femme de garde, prévenue, la fait transporter à la salle de travail n° 2. B... se plaint d'une façon continue. On pense à un début de travail, et, selon des instructions données, je suis immédiatement prévenu.

Rapidement, l'état général s'aggrave : douleurs continues, ventre hyperesthésié et difficile à palper, tendances syncopales, pâleur, cyanose des lèvres et des extrémités, sueur de la face, pouls s'accélérant et atteignant, au bout d'une heure, 140 pulsations.

A 4 heures, je pratique la laparotomie avec l'assistance de mon collègue Sauvage, et dès l'ouverture du ventre s'écoule en abondance un liquide sanglant. Le fœtus, libre au milieu des anses intestinales, est extrait. C'est un garçon pesant 3.510 grammes, il est mort. Le cordon est sectionné. L'utérus,

libre d'adhérences, porte sur sa face antérieure une large brèche verticale. A travers la brèche sort le placenta, complètement décollé. L'utérus est amené hors du ventre et amputé au-dessus d'une ligature élastique.

Le petit bassin et les fosses iliaques sont débarrassés des caillots et du sang qui les remplissent. Un drain est placé dans le Douglas et un dans chaque fosse iliaque. Les 3 drains sont fixés derrière le pédicule extériorisé, à l'angle inférieur de la plaie. La paroi abdominale est suturée au fil d'argent (un plan de sutures).

Une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel est faite immédiatement après le pansement.

L'intervention a duré en totalité 25 minutes.

Les suites opératoires ont été simples.

Les drains latéraux ont été enlevés le 3e jour, les fils le 9e (réunion par première intention). Le moignon a été sectionné le 15e jour.

Le 44e jour, l'opérée quittait la clinique en excellent état. La cicatrisation de la région du moignon était complète.

Le 7 mars 1906, elle avait repris son métier, ne souffrant pas et n'ayant pas d'éventration.

2. — Partie anatomique.

Examen macroscopique. — L'amputation de l'utérus a été faite à 1 centimètre au-dessous de la limite inférieure de la cicatrice. Le poids total de la pièce enlevée, annexes comprises, est de 990 grammes. Le placenta pesait 490 grammes.

La déchirure s'étend sur toute la hauteur de la face antérieure de l'utérus. Sur l'utérus rétracté (fig. 1), elle est longue de 12 centimètres.

Dans ses 10 centimètres inférieurs, elle occupe la région de la cicatrice. Chacune de ses lèvres porte la trace, encore nettement reconnaissable, des sutures anciennes, sous forme de petits îlots blanchâtres de 1 à 2 millimètres, régulièrement étagés sur toute la hauteur de la surface péritonéale bordant la déchirure. Les 2 centimètres supérieurs dévient à droite de la cicatrice. Celle-ci se poursuit intacte vers le fond de l'utérus, sur une étendue de 4 centimètres.

L'extrémité supérieure de la cicatrice, plus rapprochée de l'insertion tubaire gauche (3 cent.) que de la droite (8 cent.), dépasse de 1 centimètre la ligne qui joint les deux insertions tubaires. Dans cette portion non rupturée existent quelques brisures d'adhérences lâches épiploïques. La cicatrice blanchâtre est légèrement gaufrée. On voit nettement la trace des points de suture, mais on ne retrouve en aucun point trace des fils de suture (catgut).

Les lèvres de la déchirure sont irrégulières, infiltrées de sang. Leur épaisseur moyenne est de 3 centimètres. A l'œil nu, il semble que ces lèvres soient

constituées par la paroi musculaire rupturée. L'examen microscopique a montré qu'il n'en était rien (V. plus loin).

Une coupe macroscopique, perpendiculaire à la portion non rupturée de la cicatrice et passant par son milieu, permet de constater un amincissement considérable au niveau de la cicatrice.

L'épaisseur de la paroi utérine rétractée, qui oscille entre 2 cm.5 et 3 centimètres, diminue rapidement au voisinage de la cicatrice (fig. 2). Il semble que la paroi utérine soit creusée d'une profonde et étroite gouttière dont le fond est constitué par la région de la cicatrice amincie (2 à 5 millimètres d'épaisseur).

Examen microscopique. — Des coupes histologiques ont été pratiquées : 1° dans la région non rupturée de la cicatrice (fig. 2 et 3); 2° dans la région de la rupture (fig. 4).

1° *Région non rupturée de la cicatrice.* — Les coupes pratiquées perpendiculairement à la direction de la cicatrice comprennent toute l'épaisseur de la paroi. Elles ont été colorées les unes à l'hématoxyline-éosine, les autres au Van Gieson, dans le but de différencier nettement le tissu conjonctif du tissu musculaire.

La paroi utérine qui, à 2 centimètres de la cicatrice, a une épaisseur de 3 centimètres et une structure normale, s'amincit rapidement, au point d'atteindre un minimum de 2 millimètres d'épaisseur dans la région de la cicatrice fibro-musculaire.

Sans discontinuité, le péritoine légèrement épaissi et la muqueuse présentant les caractères habituels de la caduque à la fin de la grossesse tapissent les faces externe et interne de la zone cicatricielle. Quelques très discrètes suffusions sanguines dissocient les éléments de la caduque à ce niveau. L'épaisseur de la caduque est, sur la pièce rétractée, un peu plus grande au niveau de la cicatrice qu'en dehors d'elle.

La paroi utérine amincie au niveau de la cicatrice est fibro-musculaire. La prédominance du tissu fibreux s'atténue rapidement, à mesure qu'on s'éloigne de la cicatrice. Les figures 2 et 3, dessinées d'après les coupes colorées au Van Gieson, montrent bien la disposition du tissu fibreux, dont les travées englobent des faisceaux de fibres musculaires lisses hypertrophiées. Il a un certain degré de sclérose périvasculaire. Il n'y a pas d'infiltration leucocytaire.

2° *Au niveau des lèvres de la déchirure.* — Les coupes ont été pratiquées dans les parties supérieure et inférieure de la brèche utérine, sur l'une et l'autre lèvre. Elles comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la brèche (fig. 4).

La rupture *dd'* ne s'est pas produite dans la cicatrice, mais sur *le flanc droit de la cicatrice fibreuse.* L'épaisseur de la paroi rompue n'est que de 2 millimètres. Cette paroi fibro-musculaire ne présente aucune altération de structure récente : pas d'infiltration leucocytaire, pas d'œdème.

En *d* finit le péritoine. En *d'* finit la muqueuse utérine qui, sur une étendue de plus de 2 centimètres, est infiltrée de sang. Cette infiltration sanguine est considérable,

L'étude anatomique de l'utérus rétracté peut se résumer de la façon suivante :

1° Insertion du placenta sur la région de la cicatrice ;

2° Cicatrice fibreuse doublée d'une caduque banale ;

3° Amincissement considérable de la paroi utérine dans la région de la cicatrice ;

4° Déchirure de la région cicatricielle, non pas au niveau, mais sur le bord de la cicatrice fibreuse.

II

Nous avons rassemblé 8 observations déjà publiées de ruptures de l'utérus, survenues pendant une grossesse consécutive à une opération césarienne conservatrice, l'utérus suturé s'étant rompu au niveau de la cicatrice.

Le tableau ci-joint résume ces 8 observations :

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	RUPTURE	
		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RENSEIGNEMENTS ANATOMIQUES
1. **Guillaume.** Société de gyn. et d'obst. de Bruxelles, analyse in *Centralblatt f. Gyn.*, 1896, n° 50, p. 1286.	Rachitisme. Césarienne, en juin 1893, à la Maternité de Bruxelles : suture à étages.	Rupture au 7e mois en 1896 ; début brusque. Laparotomie 10 heures après le début. Hystérectomie. Guérison.	Hémorragie intra-péritonéale. Œuf intact tout entier hors de l'utérus (fœtus mort). Placenta décollé entre les lèvres de la déchirure de la paroi utérine antérieure. La rupture, longue de 10 centimètres, siège au niveau de la cicatrice.
2. **Woyer.** *Monatsschrift f. Geb. and Gyn.*, 1897, Bd. VI, p. 192.	Césarienne par **Chrobak** en 1894 : 30 sutures à la soie, musculaires et séro-séreuses. Suites simples. Enfant vivant de 2.950 grammes.	Rupture en 1897, à la fin d'une grossesse gémellaire ; début brusque. Laparotomie 4 heures après le début. Hystérectomie (Porro). Mort quelques heures après.	Hémorragie intra-péritonéale considérable (1.500 gr. de caillots). Œuf intact libre dans le ventre et second œuf encore partiellement inséré dans l'utérus. 1er œuf, fœtus de 2.520 gr. avec 2 litres de liquide ; 2e œuf, fœtus de 2.000 gr. avec 2 lit. 1/2 de liquide. Rupture sagittale linéaire de 12 centimètres. La plus grande partie de l'insertion placentaire correspondait à la rupture. Examen histologique des lèvres de la déchirure : éléments de caduque infiltrant les espaces intermusculaires jusque sous la cicatrice péritonéale.
3. **Targett.** *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1900, vol. XVII, p. 242 et 262.	Césarienne en 1898.	Rupture à la fin de la grossesse en 1900. Collapsus. Hystérectomie. Résultat (?)	Fœtus mort et placenta hors de l'utérus. Rupture de la paroi antérieure de l'utérus au niveau de la cicatrice.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	RUPTURE — RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RUPTURE — RENSEIGNEMENTS ANATOMIQUES
4. **Everke.** *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.*, 1901, Bd. XIV, p. 637.	Césarienne en 1897 par **Everke** : méthode de Sänger.	Rupture à la fin de la grossesse en 1901 ; début brusque. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.	Hémorragie intra-péritonéale. Déchirure de la cicatrice utérine au niveau de laquelle est le placenta.
5. **Meyer.** Analyse in *Centralblatt f. Gyn.*, 1903, n° 47, p. 1416.	Cyphose. Césarienne : incision transversale du fond, suture au catgut. Suites simples.	2 ans 1/2 après rupture ; début brusque par douleurs au moment où la femme était dans son bain avant le moment où on devait lui pratiquer la césarienne. Laparotomie Extraction de l'enfant vivant. Suture à la soie de la déchirure. Guérison.	Hémorragie intra-péritonéale. Rupture de l'ancienne cicatrice, au travers de laquelle fait hernie le placenta.
6. **Ekstein.** *Centralblatt f. Gyn.*, 1904, n° 44, p. 1302.	Rachitisme. 1er accouchement : cranioclasie ; 2e accouchement : cranioclasie ; 3e accouchement : césarienne pendant le travail, en 1901, par **Rubeska** (Prague) ; incision transversale du fond, sutures musculo-musculaires à la soie ; séro-musculaire au catgut et surjet séro-séreux au catgut. Suites simples (temp. maxima : 37°,8) ; réunion per primam. Enfant vivant de 2.860 grammes.	4e grossesse. Rupture aux approches du terme ; début par de violentes douleurs. Laparotomie 3 jours après le début. Opération de Porro. Mort 1 h. 1/2 après.	Hémorragie intra-péritonéale. Œuf intact (fœtus mort) tout entier hors de l'utérus. Déchirure transversale du fond qui, sur la pièce durcie dans l'alcool, n'a que 3 cm. 5 de long. Le placenta était inséré sur la face antérieure du fond et sur la région de la cicatrice. Examen histologique : la caduque s'étendait jusque sous la séreuse.
7. **Koblank.** In Prüsmann. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 415.	Au 4e accouchement : césarienne par **Hofmeier** en 1887 : suture à la soie.	En 1901, rupture à la fin de la grossesse. Suture de la déchirure. Guérison. (Clinique d'Olshausen, à Berlin.)	Œuf intact (fœtus mort) passé dans le ventre. Rupture de la cicatrice dans toute son étendue.
8. **Prüsmann.** *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 415.	Rachitisme. 1° césarienne en 1894 par **Olshausen** : suture au catgut (méthode de Sänger). Suites apyrétiques ; — 2e césarienne en 1902 par **Henkel** : section sagittale parallèle à la cicatrice, suture au catgut, 14 points musculaires, surjet séro-musculaire. Suites simples. Eventration opérée par Olshausen en 1904 : l'utérus était adhérent à l'épiploon. Cicatrice linéaire étroite et nulle part raréfiée.	En 1905, à la fin de la 3e grossesse, rupture ; début par douleurs, vient à pied à la Clinique (1 heure de trajet). Laparotomie. Excision des lèvres de la déchirure. Suture au catgut. Guérison.	Hémorragie intra-péritonéale légère. Fœtus mort libre hors de l'œuf. Placenta libre dans le ventre. Utérus déchiré sur le fond et la face antérieure dans la région de la cicatrice. Pas d'adhérences. Le placenta était inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. Examen microscopique des lèvres excisées : la caduque revêt toute l'épaisseur des lèvres jusque sous la séreuse.

III

L'étude des observations publiées permet de dégager trois facteurs, dont le rôle, dans la production de la rupture de l'utérus suturé, doit être discuté. Ces facteurs, d'inégale importance, sont :

1° L'état anatomique de la cicatrice ;

2° La distension utérine ;

3° L'insertion du placenta sur la région de la cicatrice.

Il était naturel de chercher dans l'état de la cicatrice, sinon la cause de la rupture, du moins les conditions anatomiques qui la préparent.

Nous manquons de détails pour les cas de Koblank, Guillaume, Targett, Everke, Meyer. Par contre, l'examen histologique des lèvres de la brèche utérine dans les cas de Woyer, Ekstein, Prüsmann, a permis de constater que les éléments de la caduque se retrouvaient jusque sous la séreuse péritonéale. Ce fait essentiel, que met bien en évidence la figure 4, signifie que, dans la région de la cicatrice, la paroi utérine, musculo-fibreuse, régulièrement tapissée par la caduque, est considérablement amincie. Le rapport entre la rupture de la région cicatricielle et l'amincissement de cette région est donc *anatomiquement* établi.

Les 9 ruptures dont nous avons pu rassembler les observations sont toutes survenues dans le *cours des deux derniers mois* de la grossesse.

Ce fait, à lui seul, permettrait de soupçonner le rôle que peut jouer la *distension utérine* comme cause d'amincissement de la cicatrice au cours de la grossesse. La distension mécanique de l'utérus, portant une longue cicatrice fibro-musculaire, mince et peu élastique, ne saurait être considérée comme facteur négligeable. Et de fait, sur 9 observations, 2 se rapportent à des faits où la distension utérine était notablement exagérée.

Dans le cas rapporté par Woyer, il y avait grossesse gémellaire avec hydropisie des deux œufs : fœtus, 2.520 gr. + 2.000 gr. = 4.520 gr. ; liquide amniotique, 2 litres + 2 litres et demi = 4 litres et demi.

Dans notre cas personnel, il n'y avait qu'un fœtus (3.510 grammes), mais hydramnios. Le fond de l'utérus, dont la paroi était constamment tendue, remontait à 47 centimètres au-dessus du pubis.

---

(1) Von Leuwen, *Herhaalde sectio caesarea*. Thèse d'Utrecht, 1904 ; et *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1904, p. 577.

Assurément, ainsi que Woyer le fait à juste titre remarquer dans les commentaires qui suivent la relation de son observation, la distension utérine ne suffit pas à créer la rupture. Parmi les cas de grossesses survenues après section césarienne, il en est qui furent compliquées d'hydramnios et qui ne se compliquèrent pas de rupture. Il n'en est pas moins vrai que, dans un utérus à cicatrice affaiblie, la surdistension accroît les risques de rupture.

Le rôle de l'insertion placentaire comme facteur prédisposant à la rupture a été diversement interprété. L'insertion du placenta sur la région de la cicatrice ne jouerait aucun rôle dans la production de la rupture, d'après Prüsmann. Il jouerait au contraire un rôle très important d'après Ekstein, l'œuf se comportant au niveau de la cicatrice utérine comme dans la grossesse ectopique.

Il est possible que l'hypothèse d'Eckstein se réalise et même se soit réalisée. La greffe de l'œuf sur une muqueuse, tapissant une cicatrice réduite à une pellicule fibreuse doublée de péritoine, n'a rien d'invraisemblable à priori, mais cette interprétation n'est pas justifiée pour les observations jusqu'ici publiées, celle d'Ekstein comprise.

L'existence, démontrée par nos coupes (fig. 2, 3 et 4), d'une caduque banale et régulière séparant l'œuf de la paroi utérine, même niveau de la rupture, suffit à détruire l'hypothèse d'une analogie de processus avec la greffe ectopique de l'œuf.

Prüsmann ne croit pas que l'insertion du placenta dans la région de la cicatrice en favorise la rupture. Les deux arguments qu'il donne sont les suivants : dans bien des cas d'opération césarienne répétée, on a constaté que le placenta s'insérait sur la paroi antérieurement suturée, sans qu'aucun accident se soit produit ; d'ailleurs, dans le cas rapporté par lui, le placenta ne s'insérait pas sur la région de la cicatrice.

Au premier argument on peut répondre ce que nous avons déjà dit à propos du rôle de la surdistension utérine. Pas plus que la surdistension utérine, l'insertion du placenta ne peut dans les cas publiés être considérée comme cause unique, directe de rupture.

Mais si l'insertion du placenta sur la région suturée ne crée pas la rupture, il ne s'ensuit pas qu'il faille refuser à la présence du placenta toute participation aux processus complexes qui aboutissent à la rupture. Sur 6 cas où l'insertion placentaire est notée, elle siégeait 5 fois sur la cicatrice (Woyer, Everke, Meyer, Ekstein, Couvelaire). Seul, le

cas de Prüsmann, dans lequel l'utérus portait la double cicatrice de deux opérations césariennes antérieures, fait exception.

Or, dans l'utérus gravide normal aux environs du terme, il est fréquent de constater que l'aire placentaire, zone réellement spécialisée de par les fonctions de l'organe qu'elle supporte, a une épaisseur moindre que les parties de l'utérus correspondant à l'insertion des membranes (Pinard et Varnier).

Il est permis de supposer que l'insertion du placenta sur une zone dont le squelette fibro-musculaire n'a plus l'élasticité de la paroi utérine normale, puisse contribuer à affaiblir la région de la cicatrice.

Ce n'est là qu'une hypothèse, dont la démonstration ne peut être fournie par les quelques documents actuellement connus, mais dont la vraisemblance est grande.

Nous pouvons, semble-t-il, conclure : Dans les observations publiées jusqu'à ce jour, la rupture pendant la grossesse des cicatrices de section césarienne a eu pour facteur anatomique essentiel la *minceur de la zone cicatricielle fibro-musculaire.*

La surdistension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios) accroît les risques de rupture.

Il n'est pas invraisemblable que l'insertion du placenta sur la cicatrice amincie accroisse les risques de rupture.

***

Un fait domine l'étiologie actuelle des ruptures de l'utérus gravide après section césarienne, c'est sa rareté.

Jadis, ces ruptures paraissent avoir été relativement fréquentes chez les survivantes de la césarienne, pratiquée sans suture et sans asepsie. Sans insister sur ce point, établi par le mémoire de Krukenberg (1), nous rappellerons le cas récent qui donna à Ribemont-Dessaignes (2) un double succès : laparotomie, extraction d'un enfant vivant, hystérectomie et guérison de la mère.

Les risques de ruptures devaient, à priori, être considérablement

---

(1) KRUKENBERG, Beiträge zur Kaiserschnittfrage. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXVIII, p. 423.

(2) L'observation a été communiquée par MM. RIBEMONT-DESSAIGNES et RUDAUX à la *Société d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris* (avril 1904). Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1904, p. 642.

réduits, sinon supprimés par la technique moderne, qui, grâce à l'asepsie opératoire et à la pratique systématique de la suture utérine, devait assurer une cicatrisation régulière de la section utérine.

Les premières statistiques de Léopold, d'Olshausen, de Zweifel, de Bar (1) confirmèrent par des faits ces prévisions théoriques, et Schauta n'hésitait pas à affirmer qu'après l'opération césarienne, pratiquée exactement avec la technique moderne, on n'avait pas à craindre de rupture de la cicatrice lors des accouchements ultérieurs (2).

Depuis la très légitime renaissance de l'opération césarienne conservatrice, les observations se sont accumulées, de grossesses évoluant dans des utérus césarotomisés et suturés. C'est ainsi que Th. von Leuwen, dans sa thèse (3), a rassemblé 194 observations de grossesses, chez 137 femmes ayant subi l'opération césarienne. Ces observations permettent dans une certaine mesure d'estimer à posteriori la valeur obstétricale des anciennes cicatrices d'opérations césariennes. En mettant à part 11 cas d'avortements, il reste dans la statistique de von Leuwen 183 grossesses avec 4 ruptures de la cicatrice (Guillaume, Woyer, Everke, Targett), soit un peu plus de 2 p. 100.

Si, aux 4 cas relevés par von Leuwen, nous ajoutons les 5 observations de Koblank, Meyer, Ekstein, Prüsmann et la nôtre, le total est de 9 *cas de rupture pour une pratique de 20 ans.*

Cependant ces chiffres bruts, à la vérité très faibles, ne représentent pas la proportion des risques éventuels de rupture, ainsi que le montre l'étude des conditions anatomiques qui prédisposent l'utérus suturé à se rompre.

En effet, un certain nombre d'opérateurs, pratiquant pour la deuxième ou la troisième fois l'opération césarienne, ont constaté un amincissement total ou partiel de la région cicatricielle, réduite parfois à l'épaisseur d'une feuille de papier (Rühle, Korn, Birnbaum, Brünings, Woyer, Bar, Löhlein, etc.). Von Leuwen, dans sa statistique, relève 20 cas de raréfaction totale ou partielle de la cicatrice sans rupture.

L'amincissement de la cicatrice aurait donc été observé dans plus de 17 p. 100 des cas. Le risque de rupture après la césarienne telle qu'elle a été pratiquée depuis 20 ans, pourrait donc, si on le rapporte aux conditions anatomiques qui y prédisposent, être évalué à 17 p. 100.

---

(1) Bar, *Leçons de pathologie obstétricale*. Paris, 1900.
(2) Schauta, *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, p. 110.
(3) *Loc. cit.*

Si l'on compare, en prenant pour base d'appréciation la seule statistique de von Leuwen, les pourcentages respectifs des risques de rupture (17 p. 100) et des ruptures effectuées (22 p. 100), on ne peut qu'être frappé de l'écart heureusement considérable de ces deux chiffres.

Ainsi, une proportion notable d'utérus suturés après section césarienne sont anatomiquement prédisposés à la rupture au cours des grossesses ultérieures. Et en fait très peu se rompent.

Le pourcentage des cicatrisations incomplètes relevées par von Leuwen (17 p. 100) met en cause la légitimité, encore controversée, de la césarienne conservatrice.

Les 9 observations de ruptures publiées depuis 20 ans ne nous paraissent pas suffire à légitimer la stérilisation systématique par amputation de l'utérus ou ablation des trompes, lors de la première section césarienne. Mais si l'on peut, devant les résultats des nombreuses césariennes répétées, résultats que le mémoire de Fruhinsholz (1) vient de mettre en pleine lumière, adopter, en règle générale, la ligne de conduite suivante : *Toutes les fois que, l'opérateur et l'opérée réalisant les conditions requises, la femme est jugée capable de mener à bien une grossesse ultérieure, on est en droit de lui conserver son utérus*, il n'en est pas moins vrai que certaines réserves doivent être formulées.

La rupture pouvant se produire alors même que la technique suivie et les suites opératoires ont été cliniquement correctes, une surveillance obstétricale attentive est absolument nécessaire *dans tous les cas*.

Cette surveillance, dont la rigueur doit être absolue pendant les deux derniers mois de la grossesse, époque d'élection de la rupture, ne peut être efficace que dans une clinique, où une intervention abdominale d'urgence peut, le cas échéant, être pratiquée. L'exemple de la femme dont l'observation a été rapportée par Woyer et qui, opérée 4 heures après le début des accidents, n'en mourut pas moins de collapsus peu après l'opération de Porro, démontre l'extrême urgence de cette intervention.

Enfin la constatation, dans le cours des deux derniers mois de la grossesse, d'une surdistension utérine (grossesse gémellaire ou hydramnios) accroissant les risques éventuels de rupture pourra faire naître l'indication d'une opération césarienne avant le début du travail. Cette con-

(1) FRUHINSHOLZ, *De l'opération césarienne répétée chez la même femme*. Voir p. 135.

duite, nous paraît être la conduite de choix, sinon de nécessité, dans les circonstances particulières, d'ailleurs très exceptionnelles, que nous venons de préciser.

*
* *

L'amincissement de la cicatrice de la paroi utérine au niveau de la cicatrice, paraît être la conséquence d'une cicatrisation incomplète de la section césarienne. Des constatations faites au niveau des lèvres de la rupture par Woyer, Ekstein, Prüsmann, des constatations faites par nous-même au niveau des lèvres de la rupture et dans la partie non rupturée de la cicatrice, il résulte que la cicatrisation n'a porté que sur la portion sous-péritonéale de la tranche utérine. C'est du moins l'impression qui se dégage de l'étude de l'utérus vide et rétracté.

Quelle est la cause de cette cicatrisation incomplète ?

L'infection et une mauvaise technique opératoire ont été incriminées.

Il faut, sans nul doute, mettre hors de discussion le siège de l'incision et le matériel de suture.

Le siège de l'incision importe peu. Les cicatrices sagittales de la face antérieure de l'utérus se sont rompues, comme les cicatrices transversales du fond (Meyer, Ekstein). De même, le matériel de suture ne saurait être incriminé quand il est aseptique. Les utérus suturés à la soie se sont rompus, comme ceux qui furent suturés au catgut.

Restent l'infection et la technique de la suture.

L'infection ne paraît pas, cliniquement du moins, avoir joué dans les cas publiés un rôle de premier plan.

Woyer, Meyer, Prüsmann insistent sur la simplicité des suites opératoires des césariennes respectivement pratiquées par Chrobak, Meyer, Olshausen et Henckel.

Dans notre cas personnel, les suites immédiates ne furent troublées que par une passagère hyperthermie de 48 heures. Il n'y avait pas eu de drainage. La réunion de la paroi abdominale fut absolument correcte.

D'ailleurs les utérus rompus furent trouvés libres des larges surfaces d'adhérences, stigmates fréquents de l'infection péri-utérine.

Si donc il y a eu infection de la plaie utérine, il s'est agi d'une infection très légère, sans réaction clinique.

A ce point de vue, la rupture ultérieure sera une surprise. L'allure

des suites opératoires ne peut la faire prévoir. Les faits démontrent que *la quiétude pour l'avenir, basée sur la simplicité des suites opératoires est injustifiée.*

Quant à la technique de la suture, il est bien difficile, d'après les observations publiées, de rattacher à tel ou tel mode de suture le défaut de cicatrisation. Toutes auraient été pratiquées correctement et au moins en deux plans, l'un profond, l'autre superficiel séro-musculaire.

Dans notre cas personnel, la suture avait été pratiquée, au catgut, en deux plans : l'un comprenant toute l'épaisseur de la paroi, caduque comprise (points séparés), l'autre superficiel séro-musculaire, destiné à parfaire l'affrontement péritonéal (surjet).

C'est, en somme, la technique de Saenger simplifiée, telle qu'elle fut conseillée, en France, par Potocki (1), puis par Bar (2).

Nous nous sommes demandé si, ayant pratiqué la suture avec des aiguilles très courbes, nous n'avions pas — sans le vouloir — embrassé dans nos fils profonds une épaisseur de paroi beaucoup moindre dans les parties sous-muqueuses que dans les parties sous-péritonéales.

Cependant un autre utérus suturé par nous après section césarienne, suivant la même technique et avec le même outillage, a été trouvé, lors d'une césarienne ultérieure, solidement et complètement cicatrisé.

Il ne nous paraît pas possible de résoudre, à posteriori, la question de savoir si tel ou tel mode de suture doit, à cet égard, être préconisé ou proscrit.

Actuellement, notre préoccupation essentielle, en dehors de l'hémostase, n'est plus seulement, comme au temps du mémoire de Sænger, d'empêcher toute communication entre la cavité péritonéale et la cavité utérine, en portant tout notre effort sur la suture péritonéale, mais d'assurer pour l'avenir une cicatrice épaisse et solide.

Ce qui importe, c'est la coaptation parfaite de la totalité de la tranche de section utérine, caduque, muscle, péritoine. Assurément une suture en masse, — *à la condition que l'aiguille, pénétrant à 1 centimètre de la surface de section, embrasse sur toute la hauteur de la paroi utérine la même épaisseur de tissu utérin*, — complétée par une suture superficielle séro-musculaire, semble devoir suffire à assurer la coaptation totale et obvier, autant qu'on peut théoriquement le supposer, aux risques de

(1) POTOCKI, *Annales de gyn. et d'obst.*, décembre 1899, février et mars 1890.
(2) BAR, *Leçons de pathologie obstétricale*, Paris, 1900.

désunion des parties profondes, sous-muqueuses, de la tranche utérine.

Mais, sans nous croire autorisés à proscrire systématiquement la suture en masse qui reste la plus simple, nous sommes portés, dans l'espoir de mieux réaliser la complète cicatrisation des parties sous-muqueuses de la paroi, à préférer une suture étagée : 1° suture musculo-muqueuse comprenant une faible épaisseur de tissu; 2° suture musculo-séreuse, analogue à la suture profonde de Sænger; 3° suture superficielle séro-musculaire ou séro-séreuse.

***

La rupture, dans les 9 observations que nous étudions, est survenue brusquement, dans les deux derniers mois de la grossesse.

Elle s'est produite en dehors de tout traumatisme. En aucun cas, la femme n'était en travail confirmé. L'éclatement de la cicatrice s'est produit inopinément, soit avant tout début de travail, soit peut-être dès les premières douleurs d'un travail prématuré. On ne peut préciser davantage. Ces seules données cliniques ne permettent pas d'établir avec certitude le mécanisme de la rupture. Peut-être les contractions utérines de la grossesse ou du début du travail suffisent-elles à faire éclater la mince et peu élastique cicatrice, « l'enfant pressé par l'action de la matrice » s'en échappant « toujours par l'endroit le plus faible et qui lui oppose le moins de résistance » suivant la formule de Baudelocque (1).

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses pathogéniques, la situation clinique est nette.

Le premier symptôme, la douleur, peut un instant en imposer pour un début de travail, mais, plus ou moins rapidement, apparaît le cortège alarmant des symptômes de l'hémorragie intra-péritonéale.

L'indication urgente de l'intervention chirurgicale est alors indiscutable, aussi indiscutable que dans l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique.

La vie de la mère dépend de la précocité de l'intervention. La femme dont l'observation est rapportée par Ekstein paya de sa vie une attente de 3 jours. L'opérée de Woyer, qui, après une heure de trajet à pied, arriva à la clinique de Schauta avec 1 litre et demi de sang dans le ventre, hystérectomisée 4 heures après le début des accidents, n'en meurt pas moins quelques heures après.

(1) J.-L. Baudelocque, *l'Art des accouchements*, t. II, p. 488.

Mis à part le cas de Targett, sur lequel nous manquons de renseignements, les 6 autres opérées ont guéri.

Quant aux enfants, tous, sauf deux, avaient succombé, tués par le décollement placentaire. Everke et Meyer ont réussi à extraire des enfants vivants, mais ils se sont trouvés dans une situation exceptionnelle. Meyer opérait une femme qui amorçait sa rupture au moment même où il allait prendre le bistouri pour lui faire, à l'heure fixée d'avance, avant tout début de travail, une opération césarienne banale.

Il faut donc intervenir, et au plus tôt.

Sur la voie à employer, pas de discussion: laparotomie. Sur la façon d'extraire le fœtus, les annexes complètement ou incomplètement décollées, sur la nécessité d'une toilette soigneuse de la cavité péritonéale (caillots, liquide amniotique sanglant, etc.) et d'un large drainage, pas de discussion.

Mais que faire de l'utérus ?

Dans les cas de Koblank, Meyer, Prüsmann, l'utérus rupturé a été suturé et conservé. Les 3 femmes ont guéri.

Bien que le résultat immédiat ait été bon, y a-t-il lieu de préférer cette pratique à l'hystérectomie qui sur 6 cas a donné 2 morts ?

En dépit des résultats bruts de çette statistique minuscule, qui juxtapose le cas éminemment favorable de Meyer et celui tout à fait défavorable de Ekstein, nous ne le pensons pas.

En suturant l'utérus comme dans la césarienne ordinaire, on réalise imparfaitement l'indication primordiale d'assurer l'hémostase, car si dans les 3 cas publiés il n'y a pas eu hémorragie secondaire par atonie, cette éventualité reste possible et il est prudent de se mettre prophylactiquement à l'abri d'une complication, qui en l'espèce serait d'une incontestable gravité. D'autre part, le temps nécessaire pour effectuer une suture soigneuse de l'utérus est de beaucoup supérieur au temps que nécessite l'amputation utéro-ovarique à la manière de Porro, qui, plus rapide, assure l'hémostase immédiate et définitive.

Et d'ailleurs que fait-on en suturant les deux lèvres de la déchirure comme on l'a fait dans les cas de Koblank et de Meyer? On risque de juxtaposer (voir la fig. 4) deux surfaces constituées par quelques millimètres de paroi musculo-fibreuse rupturée et par 2 à 3 centimètres de caduque. On aggrave les risques d'imperfection de la cicatrice future, et

partant de rupture itérative. Henkel dans le cas rapporté par Prüsmann a bien excisé les deux lèvres déchiquetées de la déchirure dans le but de régulariser les surfaces à coapter. Il a, par cette technique, répondu à l'objection que l'examen microscopique des lèvres de la rupture dans notre cas permet de formuler.

Cette technique, anatomiquement louable, nous paraît compliquer l'opération sans gros bénéfice d'avenir.

En effet, l'indication à remplir, en présence de l'utérus déchiré, est double. Pour le présent, assurer rapidement l'hémostase. Pour l'avenir, parer aux risques évidents de rupture itérative par la stérilisation.

L'hystérectomie à la manière de Porro répond à cette double indication, avec le maximum de rapidité, de sécurité et de simplicité. Elle nous paraît être, à ce triple point de vue, l'opération qui donne le plus de sécurité pour le présent et pour l'avenir.

EXPLICATION DES PLANCHES

Fig. 1. — Face antérieure de l'utérus rupturé.

C, partie supérieure de la cicatrice restée intacte; — *a*, section chirurgicale du segment inférieur de l'utérus; — *r*, ligament rond; — *t*, trompe; — *o*, ovaire.

Fig. 2. — Région non rupturée de la cicatrice fibro-musculaire. Gross[t] 4 fois.

Fig. 3. — Même région. Gross[t] 25 fois.

ca, caduque; — *m*, paroi musculaire; — *p*, péritoine; — C, cicatrice fibro-musculaire au niveau de laquelle la paroi est très amincie. — La coupe, colorée au Van Gieson, montre les travées fibreuses foncées, se détachant sur le fond plus pâle du muscle.

Fig. 4. — Lèvre droite de la déchirure, dans sa partie supérieure. 1 = 4.

C. région de la cicatrice fibro-musculaire; — *dd'*, déchirure de la paroi utérine; — *d*, lèvre péritonéale; — *d'*, lèvre muqueuse; — *ca*, *ca'*, *ca"*, caduque utérine, infiltrée de sang, dans la portion *ca'*, *ca"*.



FIG. 1.



FIG. 2.

G. STEINHEIL, Éditeur.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Mars 1906

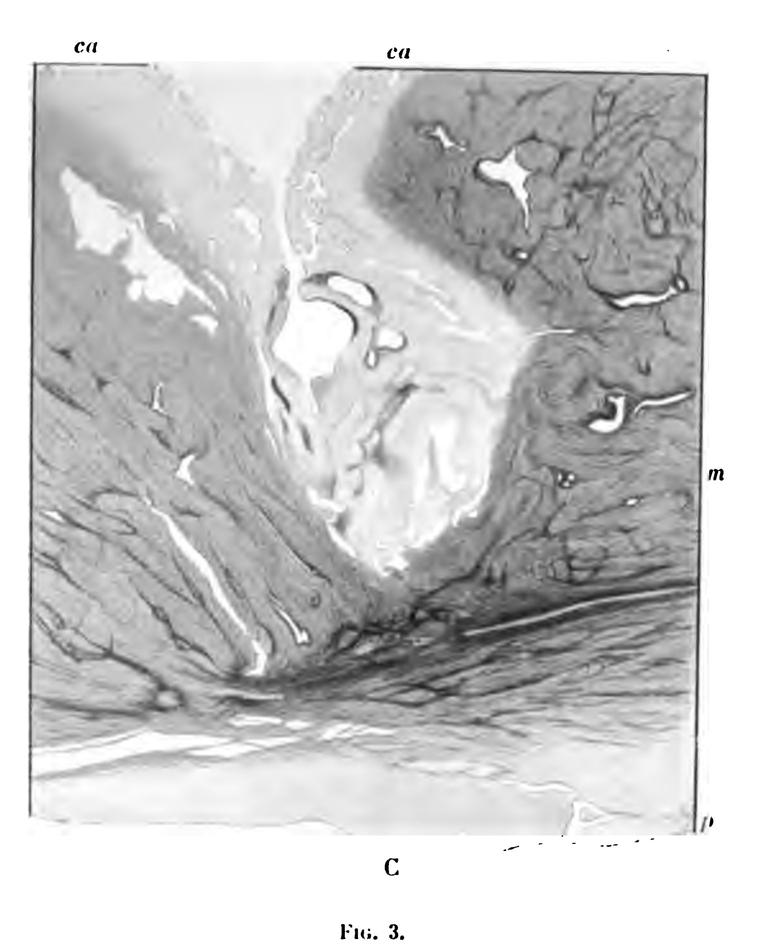


Fig. 3.

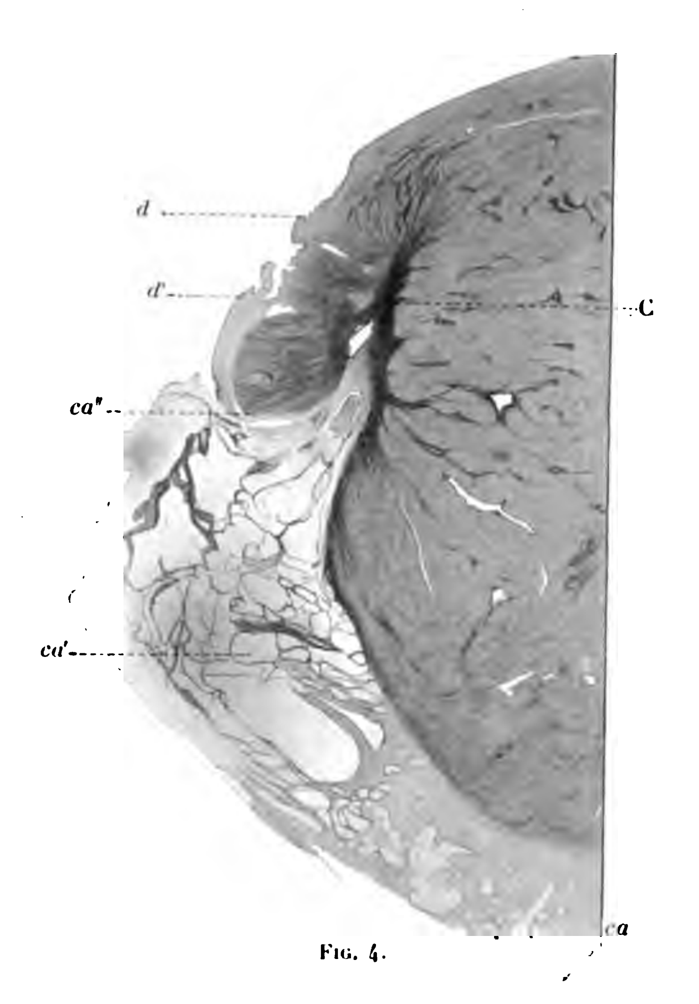


Fig. 4.

G. STEINHEIL, Éditeur.

REVUE CLINIQUE

CANCER DÉVELOPPÉ SUR UN MOIGNON D'HYSTÉRECTOMIE SUPRAVAGINALE POUR FIBROME

Par **HENRI HARTMANN.**

E. L., 53 ans, entre le 16 décembre à l'hôpital Lariboisière. Réglée à 14 ans, elle a eu 4 grossesses normales, à 19, à 22, à 32 et à 34 ans. A 49 ans, elle a commencé à avoir des ménorragies. La persistance de ces ménorragies et un certain état de faiblesse la poussent à entrer à l'hôpital.

L'examen à ce moment montre un col un peu ouvert, sans rien de particulier, et un fibrome de la paroi antérieure du corps de l'utérus, le tout mobile.

Le 9 janvier 1903, mon collègue le docteur Michon pratique en mon absence l'hystérectomie supra-vaginale, enlève les annexes droites et laisse en place l'ovaire gauche sain. L'examen de la pièce montre un fibrome sous-muqueux unique de la face antérieure.

Guérison sans incidents.

Pendant 2 ans la malade va très bien ; en janvier 1905, elle a une hémorragie, puis de petites pertes sanguines alternant avec des pertes blanches ; elle maigrit un peu et se décide à entrer de nouveau dans le service le 3 juillet 1905. Nous constatons à ce moment qu'il existe, à la place du col, une masse dure, irrégulière et saignante ; aucune induration au niveau des ligaments larges. Dans ces conditions, nous prions notre assistant M. Lecène d'enlever le moignon utérin avec la partie supérieure du vagin.

Cette ablation, faite le 7 juillet 1905 par l'abdomen, ne présente rien de particulier ; le ventre est refermé sans drainage et la malade quitte l'hôpital, guérie, le 29 du même mois.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'un carcinome cavitaire ulcérant toute la cavité du moignon. Sur des coupes histologiques faites par M. Lecène, on constate qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes cornés.

Cette observation nous a paru mériter d'être publiée, car elle s'ajoute

à celles réunies par M. Richelot de dégénérescence épithéliomateuse du moignon après hystérectomie subtotale. La longue période écoulée sans symptômes, 2 ans, rapprochée des résultats de l'examen fait lors de la première opération, permet de dire qu'il s'agit bien d'une dégénérescence secondaire du moignon et non d'un épithélioma méconnu. Doit-elle nous conduire à faire systématiquement l'ablation totale de l'utérus dans le cas de fibrome? Nous n'oserions l'affirmer, car, après l'ablation totale, on peut encore voir des dégénérescences épithéliomateuses du vagin, comme Duval vient ces jours-ci encore d'en présenter un exemple à la Société de chirurgie.

Nous avons, d'autre part, eu l'occasion d'observer, il y a une dizaine d'années, un cas de fibrome utérin chez une femme qui portait en même temps un épithélioma du vagin. Plusieurs fois nous avons noté la coïncidence de petits fibromes du corps avec un épithélioma du col. Aussi croyons-nous qu'on ne peut tirer de ces faits qu'une conclusion, c'est que les femmes atteintes de fibromes sont plus exposées que d'autres à avoir des épithéliomas de la sphère génitale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1906 (1).

M. Sauvage. — **Note sur la dermatose gravidique autotoxique.** — Femme primipare de 21 ans.

Les premiers mois de la grossesse ne furent marqués que par un amaigrissement assez prononcé. A partir de la fin du troisième mois, les légers troubles qui avaient marqué le début de la grossesse disparurent, aucune trace d'albumine. Jusqu'au début du septième mois, la grossesse aurait évolué sans autre incident si, de temps à autre, ne s'étaient manifestées quelques démangeaisons d'ailleurs passagères et revenant à intervalles irréguliers.

Vers la fin du mois de juin, le prurit, qui avait été jusqu'alors localisé, intermittent et très supportable se généralisa, devint intense et presque continu.

Ces violentes démangeaisons duraient déjà depuis une douzaine de jours lorsqu'une éruption apparut sur la peau. Elle se manifesta par des plaques érythémateuses, à la surface desquelles se montraient de nombreux éléments éruptifs du volume d'une tête d'épingle et contenant un liquide clair. D'abord localisée sur le ventre et la face antérieure des cuisses, l'éruption s'étendit rapidement et un peu partout sur le corps, ne respectant que la tête.

L'évolution de l'éruption fut marquée par une exacerbation dans l'intensité du prurit, qui devint intolérable : continuellement en train de se gratter au point de s'arracher l'épiderme avec les ongles, la femme en vint à ne plus pouvoir s'occuper de rien. La chaleur du lit augmentait ses souffrances et elle passait les nuits à marcher dans sa chambre, ne s'assoupissant sur une chaise que pendant quelques instants, lorsqu'elle était anéantie par la fatigue. Ces accidents, joints à une inappétence marquée, entraînèrent bientôt une diminution prononcée des forces et un amaigrissement rapide, en même temps qu'ils entretenaient un état nerveux particulier fait d'apathie et d'irritabilité. Chose intéressante, alors que le prurit persistait avec cette violence, l'éruption restait stationnaire et bientôt s'étiolait.

C'est dans ces conditions que se produisit un nouvel incident. Le sein droit

(1) La fin du compte rendu de la séance de décembre ayant été le point de départ d'une discussion sur le cancer de l'utérus, qui s'est poursuivie en janvier et février, sera publiée ultérieurement avec l'ensemble de cette discussion.

devint le siège de douleurs violentes et augmenta de volume. Le 14 juillet, la femme entrait à l'hôpital et, le lendemain, l'incision du sein amenait l'évacuation d'un abcès profond et volumineux, au dire de l'interne du service qui m'a fourni des renseignements à ce sujet. La femme ne resta à l'hôpital que trois jours, pendant lesquels elle ne cessa de se plaindre des violentes démangeaisons qu'elle éprouvait et, refusant de garder le lit, erra jour et nuit à travers la salle. Il fallut la congédier le 17 juillet, parce qu'elle rendait impossible le repos des autres malades. Au lieu d'aller à l'hôpital Broca, comme le conseil lui en était donné, elle rentra chez elle et fit appeler un médecin, qui fit des pansements du sein pendant les quelques jours que l'incision mit à se cicatriser.

La femme n'était rentrée chez elle que depuis deux ou trois jours, lorsqu'en l'espace d'une nuit, le prurit cessa presque complètement au niveau des membres et du thorax et se localisa au ventre. Cette limitation des démangeaisons n'entraîna d'ailleurs qu'une amélioration relative dans l'état de la femme, car, en se localisant, le prurit semblait encore avoir augmenté d'intensité.

Le 2 août, début de travail. Le fond de l'utérus remontait à 34 centimètres au-dessus du pubis. Grossesse gémellaire.

Cinq heures après son arrivée dans le service, la femme expulsait deux enfants, pesant le premier 1.800 et le second 1.700 grammes, et après avoir été délivrée, cette femme, qui était depuis plus d'un mois en proie à un prurit des plus violents et à une insomnie presque complète, s'endormait pour ne se réveiller que le lendemain, ne ressentant plus aucune démangeaison.

Les jours suivants, nous assistâmes à la régression des accidents cutanés, qui se fit avec une rapidité surprenante. Déjà au bout de 48 heures après l'accouchement, les lésions intenses de grattage sur la paroi abdominale étaient devenues méconnaissables. Lorsque la femme quitta la Clinique au bout d 20 jours, elle ne présentait plus que quelques petites cicatrices cutanées dans les régions qui avaient été le siège de la dermatose gravidique.

Réflexions : 1° La femme a eu un abcès du sein pendant sa grossesse. Cette complication, très rare au cours de la gestation, a sans doute été produite par l'infection de lésions de grattage au niveau du sein. Ce mécanisme est d'ailleurs celui qui a été invoqué pour expliquer la formation de ces abcès chez les femmes enceintes ayant la gale ;

2° Au lieu de rester localisé et supportable, comme cela s'observe généralement dans la dermatose gravidique, le prurit a été généralisé et d'une intensité toute particulière ;

3° Le prurit et l'éruption cutanée ont présenté entre eux des rapports intéressants. Le prurit a débuté bien avant la dermatose, et il avait déjà toute son intensité lorsque l'éruption a commencé à se manifester ; la dermatose gravidique est apparue comme un incident au cours du prurit. Quand aucun élément éruptif nouveau n'apparaissait plus, les démangeaisons persistaient avec toute leur violence, elles étaient seulement plus localisées. Comme dans les observa-

tions que rapportait déjà Maslieurat-Lagémart cité par Cazeaux, le prurit disparut brusquement après l'accouchement ;

4° Il y a lieu de penser que le prurit et la dermatose étaient également sous la dépendance d'altérations du système nerveux, et qu'il ne s'agissait pas de deux affections de nature différente et évoluant chacune pour leur compte.

Le fait que nous venons de rapporter établit un type de transition entre le prurit généralisé de la femme enceinte et la dermatose gravidique, que les auteurs, Vinay en particulier, décrivent encore comme des affections distinctes ; en réalité, ces affections doivent être considérées comme des manifestations d'une même imprégnation du système nerveux par des toxines anormalement fabriquées au cours de la grossesse ; ces manifestations peuvent d'ailleurs coexister comme dans notre cas ;

5° Les accidents dont nous avons rapporté l'histoire n'ont pu acquérir toute leur intensité que parce que la femme n'avait pas été soumise à un régime approprié. Tout permet de supposer que si, dès le début, le régime lacté avait été institué, tous ces accidents auraient disparu, comme nous les vîmes disparaître rapidement chez une femme qui fut observée à la même époque que la précédente au dortoir de la Clinique Baudelocque et qui, après 48 heures de régime lacté absolu, ne se ressentit plus du prurit déjà violent et presque continu dont elle souffrait depuis quinze jours.

MM. Sauvage et Levaditi. — **Sur un cas de syphilis héréditaire.** — 1° La syphilis du père datait de huit ans au moment de la conception de l'enfant, mais elle n'avait pas été traitée, et cette absence de thérapeutique appropriée a été sans aucun doute la cause pour laquelle le temps a été un agent d'atténuation insuffisant pour l'influence exercée par la maladie paternelle sur la santé de l'enfant.

2° On ne saurait établir une relation entre l'ancienneté et la bénignité relative de la syphilis chez le père et la date d'apparition relativement tardive des symptômes chez l'enfant. Des cas ont en effet été observés dans lesquels les premiers accidents d'hérédo-syphilis sont apparus chez des enfants plusieurs semaines seulement après la naissance, alors que les mères étaient atteintes au moment de l'accouchement de syphilis récente et grave. M. Pinard en a rapporté récemment deux exemples à la Société de prophylaxie sanitaire et morale.

3° Il n'y a eu non plus aucun rapport au point de vue de la gravité entre la syphilis du père et celle de l'enfant. Bien qu'il n'eût suivi de traitement que pendant trois mois, le père ne présenta aucune autre manifestation que celles du début, l'enfant succomba rapidement.

4° Les accidents d'hérédo-syphilis ne se montrèrent que deux mois après la naissance.

Jusqu'à la fin du second mois, aucun symptôme anormal ne fut observé chez cet enfant en puissance d'une syphilis grave à laquelle il devait succomber ; aucun signe suspect ne put être relevé, ni aux points d'élection pour la

recherche des manifestations d'hérédo-syphilis, ni ailleurs ; l'enfant se développa comme un enfant normal, allaité avec beaucoup de succès par sa mère.

Jusqu'à la fin du second mois, le diagnostic de l'existence de la syphilis chez cet enfant ne put être porté que parce que nous avions assisté à l'accouchement et parce que nous avions des renseignements précis sur l'évolution de la grossesse et celle des grossesses précédentes : l'hypertrophie du placenta, l'influence du traitement mercuriel et ioduré sur le développement de l'enfant jusqu'au terme de la vie intra-utérine, la terminaison des grossesses précédentes par l'expulsion de produits de conception morts et macérés, furent les seuls éléments du diagnostic.

Jusqu'à la fin du second mois, en l'absence des renseignements précédents, l'examen le plus détaillé de l'enfant ne pouvait fournir aucune raison pour refuser qu'il fût confié à une nourrice.

Or, à la fin du second mois se manifestèrent des accidents d'hérédo-syphilis au nombre desquels se trouvaient des fissures labiales, et la nourrice, à laquelle l'enfant aurait été confié, aurait couru les plus grands risques d'être contagionnée.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ce fait au point de vue de l'allaitement en général et sur la gravité de la situation dans laquelle on peut se trouver lorsqu'on est appelé à décider si un enfant de deux mois, d'apparence parfaitement saine, peut être confié à une nourrice. Les réserves qu'il y a lieu de faire dans une circonstance de ce genre doivent être d'autant plus formelles que le début des manifestations d'hérédo-syphilis à une époque relativement tardive après la naissance est loin d'être exceptionnel. Sur 84 cas de syphilis héréditaire, Fruhinsholz en a observé 43 chez des enfants ayant plus d'un mois et moins d'un an.

5° L'enfant mourut quatre semaines après le début des accidents, et l'autopsie démontra que la cause exclusive de la mort devait bien être rapportée à la syphilis. Il y a donc lieu de se demander pourquoi le traitement employé a échoué.

Nous laisserons de côté la question du traitement curatif ; la liqueur de Van Swieten donne les meilleurs résultats dans le traitement de l'hérédo-syphilis même à forme très grave, et si son emploi a été suivi d'insuccès dans le cas particulier, il est permis de douter que l'usage d'autres préparations mercurielles ait permis d'obtenir un meilleur résultat.

Il est plus important de rechercher la raison de l'échec du traitement prophylactique, car il est surprenant que, la mère ayant strictement suivi un traitement mercuriel et ioduré pendant la grossesse et pendant toute la durée de la période d'allaitement, l'enfant ait cependant présenté des accidents mortels d'hérédo-syphilis.

L'échec tient à ce que le traitement dirigé comme nous venons de l'indiquer a été insuffisamment prophylactique. La mère était saine ; le père seul était syphilitique ; pour éviter que l'œuf fût infecté dès le moment de la féconda-

tion, il aurait fallu soumettre le père à un traitement rigoureux et prolongé avant la procréation ; il nous fut impossible de le faire ; nous n'avons pu voir le père que le lendemain de la mort de son enfant.

Il fallut se contenter de traiter, indirectement et par l'intermédiaire de l'organisme maternel, l'infection syphilitique originelle de l'œuf. Le traitement mercuriel et ioduré donna, comme toujours lorsqu'il est strictement et assez longtemps observé, les meilleurs résultats au point de vue du développement de l'œuf. L'enfant est né vivant et à terme. Mais ce n'était là, pour la raison indiquée ci-dessus, qu'un succès partiel ; l'enfant né dans de si bonnes conditions apparentes était en réalité infecté par la syphilis paternelle, comme la suite le démontra.

Il est important de remarquer que le traitement, qui, sous la réserve que



Coupe du foie (Imm. Zeiss 12'; oc. comp. n° 6). — On voit des îlots de cellules hépatiques emprisonnées dans du tissu conjonctif. Les éléments hépatiques renferment de nombreux spirochètes.

nous venons de faire, avait préservé l'enfant pendant la vie intra-utérine, se montra complètement insuffisant après la naissance. Bien que la mère continuât à prendre du mercure et de l'iodure, l'hérédo-syphilis se manifesta par des accidents mortels. Ce fait nous semble devoir comporter une conclusion fort importante en pratique.

Lorsqu'un ou les deux procréateurs syphilitiques n'ont pu être soumis à un traitement suffisant avant la procréation, alors même que la grossesse a évolué sans incidents grâce au traitement suivi par la mère pendant ce temps, alors même que l'enfant naît dans de bonnes conditions et indemne de mani-

festations syphilitiques, alors même qu'il se développe très normalement pendant les premières semaines, il est insuffisant d'attendre, comme on le fait couramment, l'apparition des accidents chez cet enfant pour le soumettre au traitement de l'hérédo-syphilis ; il est même insuffisant d'établir ou de continuer un traitement indirect en faisant prendre à la mère du mercure et de l'iodure ; il faut, de parti pris et dès les premiers jours de la vie, soumettre directement l'enfant au traitement mercuriel, pour le mettre autant que possible à l'abri d'accidents plus ou moins tardifs et qui pourront être mortels.

Au point de vue des constatations bactériologiques qui ont été faites dans notre cas, plusieurs faits sont à mettre en relief :

1° La présence des spirochètes a été constatée dans les éléments de l'éruption cutanée, dans tous les viscères et dans le sang du cœur.

2° Il y avait un rapport entre le nombre des spirochètes et l'intensité des lésions viscérales : le foie, organe qui présentait les lésions les plus accusées, contenait le plus grand nombre de spirochètes.

3° La présence de spirochètes fut constatée dans le liquide d'un vésicatoire appliqué pendant la vie sur une zone de peau qui était encore d'apparence parfaitement saine, mais qui était en imminence d'éruption ; il faut en conclure que la pénétration des spirochètes dans la peau précède l'apparition de l'éruption, qui en est la manifestation clinique.

4° Pour la première fois, on a pu constater la pénétration des spirochètes dans les cellules hépatiques et dans les cellules des tubes contournés du rein. Cette constatation, nouvelle dans l'histoire des spirochètes pallides, a la plus grande importance pour expliquer comment la syphilis peut être transmise à l'enfant au moment de la fécondation, car il est à supposer que les spirochètes peuvent pénétrer les éléments glandulaires du testicule ou de l'ovule au même titre que les éléments hépatiques ou rénaux.

Nous terminerons en faisant remarquer que, dans notre cas, la clinique suffit pour affirmer la nature syphilitique des accidents survenus chez l'enfant.

La constatation des spirochètes dans les éléments de l'éruption cutanée donne à penser que des recherches bactériologiques pourraient rendre les plus grands services pour établir la nature syphilitique d'une éruption de nature douteuse.

V. Wallich. — **Rapport sur une observation intitulée « Sur un cas de syphilis héréditaire » de MM. Sauvage et C. Levaditi.** — Il est d'abord un fait qui mérite d'être signalé, c'est que la nouvelle théorie pathogénique de la syphilis, découverte par Schaudinn et Hoffmann, l'infection par les spirochètes, est portée pour la première fois devant notre Société.

On pourra dans la suite, maintenant que la voie des recherches est tracée, examiner avec soin les organes chez ces enfants de syphilitiques, qui succombent brusquement, au milieu des apparences d'une pleine santé, dans les premiers temps qui suivent leur naissance.

C'est le premier cas dans lequel on ait rencontré les spirochètes, d'une part dans les frottis de sang et d'autre part sur les coupes du foie, du rein et de la rate, grâce à un procédé mis en œuvre par M. Levaditi, qui consiste dans l'application de la technique de Ramon y Cajal, jusqu'ici réservée à l'étude des terminaisons nerveuses. Par ce moyen, on a pu noter un fait absolument nouveau, à savoir : la présence de ces parasites dans l'intérieur même des cellules glandulaires. Cette découverte de la présence et de la vie des spirochètes dans l'intérieur des cellules pourra peut-être conduire à des éclaircissements importants sur les mystères de la transmission paternelle dans la syphilis héréditaire. Il est permis, tout au moins, de concevoir actuellement la possibilité de cette transmission par des spirochètes établis dans les cellules spermatiques.

Voici un cas dans lequel une mère, n'ayant jamais présenté le moindre accident syphilitique, accouche à terme d'un enfant en parfait état. Pendant deux mois tout va bien. Cette femme aurait pu parfaitement être choisie comme nourrice, sans que personne ait pu se douter qu'elle avait suivi un traitement spécifique pendant sa grossesse, sans qu'on ait été averti des accouchements antérieurs avec enfants morts et macérés, sans qu'on ait été instruit de la syphilis du père.

Que serait-il advenu si cette femme s'était placée comme nourrice ?

Étant donné qu'elle n'a présenté elle-même aucun accident, il y a lieu de supposer qu'elle n'aurait pas contagionné, comme nourrice, le nourrisson qui lui aurait été confié. Mais son enfant à elle, s'il eût été, comme la loi l'exige, placé en nourrice au sein, puisqu'il n'avait pas sept mois, n'eût pas manqué, avec des lésions ulcératives de la bouche, de donner un chancre du sein à sa nourrice. Le philanthrope Roussel, par la restriction apportée dans l'article 8 de sa loi rendant l'allaitement au sein obligatoire avant l'âge de sept mois, n'a pas prévu cette conséquence : les dangers d'infection syphilitique courus par la nourrice.

Au point de vue de la prophylaxie de la contagion syphilitique chez les nourrices, cette observation est très importante.

1° Elle montre qu'on devrait refuser l'autorisation de l'allaitement au sein d'une autre femme que la mère chaque fois que la syphilis a été constatée ou soupçonnée chez les procréateurs. On sait combien il est fréquent de voir les enfants issus de syphilitiques naître accompagnés d'un placenta lourd, en disproportion avec le poids du fœtus, placenta pesant au delà de 600, 700, 800 grammes et plus. Ces placentas lourds, même lorsqu'ils appartiennent à des enfants volumineux, doivent éveiller la méfiance au point de vue de la syphilis héréditaire. De nombreux travaux ont été faits à la Clinique Baudelocque, à l'instigation de M. Pinard, pour démontrer cette corrélation fréquente du gros placenta avec la syphilis des procréateurs. Cette simple constatation macroscopique par la pesée du placenta, qu'on ne doit jamais manquer de faire chaque fois que cela est possible, reste beaucoup plus pratique et caractéristique, quoi qu'on ait dit, que l'examen histologique du placenta.

2° On devrait, pour de multiples raisons, mais ne serait-ce qu'au point de vue de la prophylaxie de la syphilis, refuser systématiquement toute nourrice accouchée depuis moins de trois mois.

Enfin, au point de vue prophylactique, il serait aussi nécessaire, ainsi que l'a recommandé M. Pinard, de refuser la nourrice dite *de retour*, la nourrice qui se place après avoir quitté un premier nourrisson, à moins que deux mois se soient écoulés depuis qu'elle a quitté son premier nourrisson, ou qu'un certificat médical établisse que la santé de ce premier nourrisson est parfaite.

Comment prévenir les accidents de la syphilis héréditaire ? Voici quelle est la conduite à tenir, préconisée par M. Pinard : « Quand vous saurez que dans un ménage la syphilis existe, vous devrez agir, et voici comment :

« Le père est syphilitique, c'est très facile. Pendant six mois, pas de procréation et un traitement, toujours le même, qui, depuis vingt-cinq ans, me donne d'excellents résultats : l'iodhydrargyrate de potasse.

« De même pour la femme, qui doit suivre ce même traitement pendant toute sa grossesse. »

En présence des cas où, prévenu trop tard pour faire le traitement qu'on pourrait appeler *anté-conceptionnel*, traitement appliqué aux deux parents, on peut avec raison songer à faire chez le nouveau-né un traitement prophylactique, même au milieu de la plus parfaite santé, pour éviter l'éclosion des accidents. MM. Sauvage et Levaditi, instruits par le cas qu'ils ont observé, ont proposé cette mesure de précaution. Le traitement du nouveau-né dans ces circonstances devrait être suivi pendant toute la période dans laquelle la syphilis héréditaire peut éclater, même tardivement, c'est-à-dire pendant environ les trois premiers mois. Il serait rationnel d'agir ainsi et de soumettre l'enfant, avec quelques périodes de repos, à un traitement régulier, cela d'une façon prophylactique, en dehors de tout accident.

M. Pinard. — Il semble que la voie nouvelle, dans laquelle on est entré par la découverte des spirilles de la syphilis, va permettre d'établir un diagnostic dans des circonstances où cela n'était pas possible. En présence d'un enfant expulsé mort, nous sommes impuissants dans bien des cas à affirmer que la syphilis a été la cause de la mort; or dans nombre de cas de syphilis héréditaire on a pu retrouver le spirochète. En cas de doute il serait donc bon d'exiger l'autopsie, qui permettrait de rechercher le spirochète dans les organes.

Je me permets d'insister aussi sur cet autre fait : depuis de longues années les syphiligraphes ont rendu de grands services en formulant le traitement de l'individu, mais ils ont négligé le traitement de l'espèce ; je n'ai jamais vu dans ma pratique de syphilitiques bien traités donner la syphilis à leur femme, mais j'ai vu ces individus engendrer des enfants syphilitiques : chez tout syphilitique il faut faire le traitement de l'espèce après le traitement de l'individu. Tout homme syphilitique devra suivre un nouveau traitement de six mois avant de procréer, et la femme devenue enceinte sera soumise également au traitement pendant toute sa grossesse.

Je suis reconnaissant aussi au rapporteur d'avoir abordé la question de la

prophylaxie de la syphilis pour les nourrices. Pour vous montrer combien le progrès est lent, et combien les réformes qui paraissent les plus mûres sont longues à faire, cette question a été mise à l'étude à la Société de prophylaxie sanitaire et morale. J'ai été chargé du rapport et j'ai demandé qu'une nourrice ne puisse se placer dans une famille qu'après avoir reçu un certificat de la sage-femme ou du médecin concernant cette famille. Mes conclusions ont été rejetées, sous prétexte qu'en les acceptant on porterait atteinte à la liberté et qu'on violerait le secret professionnel.

M. Lepage. — Sans aborder toutes les questions qu'a soulevées notre collègue Wallich dans son rapport, il me paraît nécessaire d'insister sur la nécessité du traitement des femmes enceintes mariées à des syphilitiques. Ce n'est pas sans surprise que je vois quelques syphiligraphes des plus éminents déclarer que ce traitement prophylactique est inutile, lorsque le procréateur a été sérieusement soigné. Il me semble que le traitement de la femme enceinte est une sécurité de plus pour le fœtus, qu'il n'a pas d'inconvénient et qu'il doit être prescrit pour toutes les grossesses, quelle que soit la date à laquelle remonte la syphilis paternelle et quelle qu'ait été la rigueur du traitement suivi par le procréateur.

M. Wallich. — Je demande à insister sur les points suivants : la malade de MM. Sauvage et Levaditi a subi un traitement pendant la durée de sa grossesse et même pendant l'allaitement. Cela n'a pas suffi. Ce qui semble avoir manqué, c'est le traitement du père pendant six mois avant la procréation, comme le demande M. Pinard. Je crois, avec MM. Sauvage et Levaditi, que dans les cas analogues il serait bon de faire, à titre prophylactique, le traitement antisyphilitique chez le nouveau-né, pendant les trois premiers mois qui suivent sa naissance, en dehors même de tout accident. Ce traitement ne présente aucun inconvénient à mettre en balance avec les graves dangers qui menacent sa santé et son existence.

REVUE ANALYTIQUE

DE LA PUBIOTOMIE OU HÉBOTOMIE

Depuis 1902, il n'est question hors de France que d'hébotomie, de section latérale du pubis. Cette variété de pubiotomie, qui n'a rien à voir avec l'ischio-pubiotomie de Farabeuf, a été préconisée par Van de Velde et par Gigli. Elle serait théoriquement préférable à la symphyséotomie banale, opération jugée incorrecte et contraire aux principes fondamentaux de la chirurgie (sectionner un os serait correct, ouvrir une symphyse articulaire ne le serait pas).

Le principe de l'agrandissement momentané du bassin, dont les applications obstétricales ont été si complètement étudiées en France par Farabeuf, Pinard et Varnier, n'est d'ailleurs pas en discussion.

Sans se laisser impressionner par le mot de Gigli, auquel Zweifel a déjà répondu et que tant de faits contredisent, à savoir que la symphyséotomie est une opération incorrecte, sans reprendre la discussion stérile des arguments de polémique, il convient d'attendre les résultats cliniques de la section latérale du pubis, en les comparant aux résultats de la symphyséotomie *pratiquée dans les mêmes conditions*.

Jusqu'à présent, la supériorité n'apparaît pas. A. C.

De l'anatomie de l'incision latérale (Zur Anatomie des Lateralschnittes). J. Tandler, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 28, p. 889.

L'auteur fait d'abord une description anatomique minutieuse de la région pubienne et para-pubienne, dans le but de déterminer, anatomiquement, de la façon la plus précise possible les lésions auxquelles exposent la symphyséotomie et les trois variétés principales de pubiotomie, ici l'incision intéressant l'os du pubis (techniques: *a*), Gigli, *b*) V. de Velde, *c*) incision latérale antéro-postérieure). Toutefois, il note bien qu'il ne s'agit ici que d'expériences anatomiques, dont les résultats peuvent, jusqu'à un certain point, être en désaccord avec les faits cliniques. Il présente les résultats d'expériences faites sur deux bassins, dans le but de déterminer les modifications de la ceinture pelvienne provoquées par la pelvitomie latérale. Il expose ensuite les considérations qui lui paraissent suggérées par l'examen analytique de ces données anatomiques et expérimentales : « A mon avis, écrit-il, il faut attribuer les fortes hémorragies observées à la suite de la symphyséotomie, non seulement

à la déchirure du corps caverneux du clitoris, mais aussi à la déchirure de la veine dorsale du clitoris et du plexus pudendalis impar. »

En ce qui concerne les blessures de la vessie et de l'urèthre, elles s'expliquent par deux faits anatomiques. D'une part, les deux points d'insertion des ligaments pubio-vésicaux à la paroi antérieure du bassin sont *par la symphyséotomie* écartés l'un de l'autre et, par suite, le fond de la vessie tiraillé dans le sens transversal. L'agrandissement du bassin augmentant, vessie ou ligament pubio-vésical doit céder. Gigli a déjà attiré l'attention sur l'importance des ligaments pubio-vésicaux.

En second lieu, la symphyse ne peut s'ouvrir que lorsque les tissus compris entre les branches osseuses de l'arc pubien, c'est-à-dire ligament arqué, transverse et muscle transverse profond du périnée, sont déchirés. Mais, de ce fait, la vessie et l'urèthre perdent leur principal support et seront facilement déchirés lors du passage de la tête.

Précisément, le fait que dans la pelvitomie latérale, exécutée suivant les principes de l'art, plexus pudendalis impar, ligaments pubio-vésicaux, ligament arqué et transverse et portion supérieure du muscle transverse profond du périnée sont épargnés, constitue un avantage appréciable de cette opération, sur lequel Gigli d'abord, puis V. de Velde ont attiré l'attention. Comme l'intégrité de ces tissus paraît être une condition nécessaire de la pelvitomie latérale, le principal but de toutes les variantes qu'on a conçues a été de prévenir certaines lésions, etc.

Les différences des procédés opératoires imaginés par les divers auteurs portent principalement sur : *a*) l'incision cutanée, *b*) la direction de l'introduction de la scie, *c*) la direction de la section de l'os. Gigli, V. de Velde, Pestalozza, Calderini, L. Mayer et d'autres divisent la peau du bord supérieur de l'os pubis au bord inférieur. Gigli, d'en dedans et d'en haut, en dehors et en bas; V. de Velde, d'en dehors et en haut, en dedans et en bas; Mayer, perpendiculairement. Il ne faut reconnaître de supériorité à aucune de ces variantes. Tous ces procédés ont cela de commun que l'extrémité du ligament rond de l'utérus qui rayonne dans le tissu sous-cutané est sectionnée. L'incision de V. de Velde par sa partie supérieure, ainsi que le fait remarquer très justement Gigli, tombe dans le voisinage de l'anneau inguinal sous-cutané. Döderlein, comme on sait, fait une opération sous-cutanée : il incise transversalement sur le bord supérieur de l'os pubis. Tandis que les autres chirurgiens qui n'opèrent pas par voie sous-cutanée, divisent les parties molles sous-cutanées jusqu'à l'os, V. de Velde épargne les muscles, avec l'idée que les deux extrémités osseuses seront, après la pubiotomie, ramenées et maintenues l'une près de l'autre par les muscles. La raison anatomique de ce procédé est sûrement juste.

Direction à maintenir pendant l'introduction de la scie de Gigli :

Un certain nombre d'opérateurs dirigent la scie de haut en bas, d'autres de bas en haut. Gigli, Pestalozza, Zweifel, Döderlein, etc., opèrent d'en haut; V. de Velde, V. Franqué, etc., d'en bas. Gigli condamne cette dernière

manière ; quant à Döderlein, il estime indifférent qu'on commence par en haut ou par en bas; quant à lui, il commence la pubiotomie sous-cutanée en haut.

A commencer par en haut, on a l'avantage indiscutable de pouvoir décoller la vessie avec le doigt et ainsi de la mettre à l'abri de blessures. Mais se contente-t-on de pousser l'aiguille de Gigli en bas, sans le contrôle du doigt, on se prive alors de cet avantage et il devient indifférent qu'on manœuvre de haut en bas ou *vice versa*. L'introduction de l'aiguille de haut en bas met non seulement en péril la vessie, mais aussi le plexus pudendalis impar, l'urèthre et, au cas de déviation même légère de l'instrument vers la ligne médiane, le ligament pubio-vésical. Ce procédé a en outre le défaut que, dans la propulsion de l'aiguille autour du pubis, cette aiguille peut accidentellement sortir dans le vagin, créant ainsi une communication entre le canal parturitif et la région opératoire. Et contre la possibilité de cet accident le contrôle digital par le vagin, conseillé par Gigli, ne suffirait pas (Pestalozza). Si V. de Velde procède par en bas parce qu'il lui paraît plus facile d'éviter le corps caverneux du clitoris à l'entrée qu'à la sortie de l'aiguille, je puis faire seulement observer que, d'après les conditions anatomiques, le corps caverneux du clitoris doit être lésé, soit au moment de l'entrée de l'aiguille, soit plus tard avec la scie. Par contre, je puis admettre à peine le défaut attribué à la méthode par V. de Velde, de prétendus risques qu'elle ferait courir à l'artère et à la veine fémorale, qui, en réalité, sont situées trop en dehors du champ opératoire. On peut dire, en général, que toute variante de l'opération a pour but de supprimer telle ou telle lésion secondaire, mais qu'en réalité aucune ne répond à tous les *desiderata*.

Technique qui serait à suivre d'après les données purement anatomiques.

« Sur le côté de la grande lèvre, et parallèlement à la branche montante de l'os pubis, inciser la peau sur une longueur de 3 centimètres, l'incision commençant à environ 1 centimètre et demi du bord inférieur de la symphyse. On divise ensuite la graisse sous-cutanée de façon à mettre à découvert le bord libre du pubis. Cela fait, on voit et on repère avec le doigt le corps caverneux du clitoris couvert par le muscle ischio-caverneux. Puis, avec un fort bistouri, on incise le périoste le long de ce bord libre de l'os, et avec une rugine on récline ce périoste avec le corps caverneux du clitoris en bas et en dedans. De dehors en dedans, on saisit dans une double ligature : corps caverneux, périoste, muscle, et on sectionne entre la double ligature. On refoule ensuite le périoste qui couvre la paroi interne de l'os pubis en haut, et par voie sous-périostée, rasant l'os, on pousse en haut une aiguille à courbure convenable, jusqu'à ce que, en dedans de l'épine du pubis, traversant le muscle droit de l'abdomen, elle apparaisse sous la peau. On incise alors sur l'aiguille, qu'on arme de la scie, et celle-ci étant ramenée en sens inverse, on procède ensuite à la section verticale de l'os du pubis. »

Si l'on trouve cette façon de faire trop risquée, on peut, à l'exemple de Döderlein, faire, en dedans de l'épine du pubis, une courte incision transver-

sale, à travers laquelle on introduit, en avant de la vessie, un doigt conducteur, qui contrôlera le cheminement sous-périosté de l'aiguille.

« J'ai, à plusieurs reprises, continue l'auteur, exécuté ce procédé sur le cadavre, jamais la vessie ne fut blessée, non plus le plexus vésical ni les vaisseaux fémoraux ; d'autre part, j'ai constaté, en quelques cas, que la veine, souvent très développée, allant de la veine obturatrice au plexus pudendus impar et étroitement accolée au périoste restait intacte. J'estime légitime de lier et de sectionner le corps caverneux du clitoris, parce qu'à mon avis il doit être sectionné chaque fois qu'on a à sectionner la branche de l'os pubis. Toutefois, d'une manière générale, et abstraction faite de la question hémorragique, la section d'un corps caverneux, au point de vue chirurgical, ne me paraît pas légitime. En ce qui concerne l'hémorragie qui se produit dans la pelvitomie latérale, je ferai d'abord remarquer, relativement à la source de l'hémorragie, ceci : la plupart des auteurs pensent que l'hémorragie principale après la section de l'os provient de la plaie osseuse, et ils le croient d'autant plus qu'ils admettent l'intégrité du corps caverneux. Je ne puis accepter cette façon de voir. Des deux surfaces de section, seule, l'externe peut saigner de façon notable, mais non la surface interne parce que, au niveau de celle-ci, il ne peut s'établir que peu à peu, et par le développement des anastomoses, une circulation collatérale aux dépens de l'artère obturatrice et épigastrique du côté opposé. Il ne faudra donc compter qu'avec la surface de section latérale qui, sous le rapport de l'hémorragie, ne doit pas se comporter autrement que n'importe quelle surface, de section lisse, d'un os spongieux.

« Les hémorragies, qui dans les pubiotomies surviennent consécutivement au sciage de la région, ne sont pas précisément des hémorragies des os, mais des parties molles, et proviennent : *a*) du corps caverneux du clitoris, *b*) éventuellement du plexus vésical, *c*) du bulbe vestibulaire et des veines du diaphragme uro-génital. Ce sont, en conséquence, des hémorragies veineuses ; Döderlein dit formellement, en décrivant une de ses opérations : « Quelques ligatures médiates sur le tissu au bord inférieur de l'os pubis arrêtent l'hémorragie. »

« Le degré de l'hémorragie est diversement apprécié par les auteurs ; Zweifel, Léopold, Ferrari, Bonardi, Cardini, etc., ont constaté une hémorragie abondante, tandis que Gigli, V. de Velde, Arndt, etc., n'ont observé qu'une perte de sang médiocre. D'ailleurs, son abondance dépend, d'une part, du développement de l'extrémité caudale du corps caverneux du clitoris ; d'autre part, et surtout, du procédé opératoire (lésion du plexus vésical, également du bulbe vestibulaire, etc.). A mon avis, la mise à découvert, la ligature et la section du corps caverneux, l'introduction par en bas et sous-périostée de l'aiguille de Gigli doivent mettre presque complètement à l'abri de pareils accidents. Il faut toutefois reconnaître que cette technique opératoire a l'inconvénient d'exiger un peu plus de temps.

R. L.

Sur le mode de dilatation du bassin dans la pubiotomie (Ueber die Art der Beckenerweiterung bei der Pubiotomie) (1). W. ROSENFELD, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 3, p. 92.

1° Tout bassin, en vertu de l'élasticité naturelle des os et de la mobilité des articulations, possède une certaine faculté d'agrandissement (conjugué vrai, 6 millimètres), agrandissement qui s'ajoute à celui donné par la pubiotomie (symphyséotomie).

2° La différence entre l'agrandissement produit par la pubiotomie et par la symphyséotomie ne peut être très notable, particulièrement dans certaines formes de bassin, pour la raison que les points de section des os pelviens ne sont distants que d'environ 1 centimètre et demi.

3° Le mode d'agrandissement dans la pubiotomie est, dans le bassin plat, différent de celui dans le bassin régulièrement rétréci et généralement rétréci. Dans le premier, en même temps que le conjugué vrai, les deux diamètres obliques sont augmentés de même manière ; dans les deux dernières variétés de bassin, le diamètre oblique du côté du bassin non sectionné augmente davantage. En conséquence, le côté pubiotomisé est plus large que l'autre.

4° C'est là la raison pour laquelle il faut sectionner le bassin du côté qui correspond au diamètre bi-pariétal ; le plus d'espace pour la tête fœtale qui résulte du fait qu'un segment de tubérosité pariétale s'accommode dans la diastase osseuse produite est seulement minime.

5° Dans les bassins généralement et régulièrement rétrécis l'agrandissement se fait surtout aux dépens de l'articulation sacro-iliaque du côté pelvitomisé. Veut-on agrandir, dans un bassin rétréci plat ou dans un bassin régulièrement rétréci, le conjugué vrai d'une certaine quantité, dans le premier cas le résultat sera donné par une participation égale des deux articulations sacro-iliaques, et dans le deuxième cas, surtout par la participation de l'articulation sacro-iliaque du côté sectionné.

(1) J. Tandler avait étudié le mode d'agrandissement de la ceinture pelvienne dans la pubiotomie sur 2 bassins, d'après la méthode suivante : sur des bassins de cadavre normaux, on avait d'abord marqué les points de mensuration ordinaire ; puis la pelvitomie latérale ayant été faite, on avait intercalé dans la section osseuse un premier coin de 2 centimètres et ensuite déterminé les nouvelles dimensions; puis un second coin de 4 centimètres et déterminé à nouveau les dimensions. De ces recherches, il ressortait que, pour un agrandissement de la ceinture pelvienne de 2 centimètres, le conjugué vrai n'avait augmenté que de 4 à 5 millimètres, de 7 millimètres seulement pour un écartement de 4 centimètres. Ce qui était frappant, c'était l'agrandissement, l'allongement du diamètre oblique du côté opposé à celui de la pelvitomie. *L'agrandissement du bassin était donc asymétrique*, plus considérable du côté de la section latérale. La participation de l'articulation sacro-iliaque du côté pubiotomisé était plus grande que celle du côté non ouvert, résultat en contradiction avec l'expérience de Zweifel, qui pense que *l'articulation sacro-iliaque qui s'ouvre le plus est celle sur laquelle agit le plus long bras de levier.* D'ailleurs, Tandler avait fait de sages réserves au sujet des constatations qu'il avait faites, pensant bien que l'agrandissement produit par la progression de la tête fœtale pouvait notablement différer de celui produit par l'écartement direct des deux bouts sectionnés. Aussi Rosenfeld s'est-il efforcé de se rapprocher des conditions naturelles, en faisant passer à travers le bassin ouvert une tête de fœtus et en s'efforçant d'établir des défauts de proportions convenables entre le bassin sectionné et la tête fœtale.

6° Quand l'agrandissement se produit aux dépens d'un seul côté, on conçoit que des lésions des ligaments sacro-iliaques antérieurs (distension, déchirures) sont plus à redouter.

R. L.

Sur la dilatation du bassin par la pubiotomie (Ueber Beckenerweiterung durch Pubiotomie). WALDSTEIN, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 7, p. 219.

L'auteur conteste en particulier cette affirmation de Tandler, basée sur les résultats fournis par des recherches expérimentales, « que la pubiotomie n'amplifierait le bassin dans le sens du conjugué que d'une façon insignifiante ». On ne saurait, à son avis, comparer les conditions dans lesquelles ces expériences ont été faites aux conditions réalisées en clinique (1). Les effets produits, au point de vue de l'agrandissement de la ceinture pelvienne, par l'insertion de coins plus ou moins volumineux entre les deux faces de la section pelvienne et les effets produits par la progression de l'extrémité fœtale ne peuvent que différer beaucoup ; en réalité, et dans les conditions ordinaires de la parturition, la pubiotomie agrandit le conjugué vrai. Dans les bassins conformés normalement le conjugué vrai peut augmenter de 8 p. 100 de sa longueur, dans les rachitiques de plus de 25 p. 100. Les bassins rétrécis transversalement subissent également dans le sens transversal un agrandissement comparable à celui rendu possible par la symphyséotomie.

R. L.

Symphyséotomie ou pubiotomie (Symphyseotomie oder Pubiotomie). W. STOECKEL, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 3, p. 78.

L'auteur constate en premier lieu que l'idée de Döderlein, de faire de la pelvitomie une *opération aussi sous-cutanée que possible*, a plus fait pour rallier des partisans à ce mode d'opération que les plaidoyers de Gigli, de V. de Velde, etc.

Il rappelle en outre que Walcher chercha à faire de la pubiotomie à peu près sous-cutanée de Döderlein une opération tout à fait sous-cutanée. Il cite ensuite deux pubiotomies sous-cutanées faites par Bumm à l'*Universitäts-Frauenklinik* de Berlin, dont les résultats furent excellents pour les mères, mais qui, au point de vue des enfants, imposent de fortes réserves : 1er *cas*, conjugué *diagonal*, 10 centimètres ; conjugué *vrai*, 8 centimètres. Inclinaison légère du bassin. 2e *cas*, conjugué *diagonal*, 8 centimètres et demi ; conjugué *vrai*, 7 centimètres. Inclinaison forte du bassin, bassin plat rachitique et généralement rétréci.

Dans les deux cas, en effet, l'extraction de l'enfant fut particulièrement diffi-

(1) Il convient de faire remarquer ici que Tandler lui-même, dès le début de son travail, note « qu'il ne s'agit que d'expériences anatomiques dont les résultats peuvent, jusqu'à un certain point, être en désaccord avec les faits cliniques ».

cile, et, dans le second, il fallut déployer, pour l'extraction, tellement de force que l'enfant subit un traumatisme mortel. Aussi est-on en droit de se demander *si la pubiotomie* SOUS-CUTANÉE *assure à l'enfant autant de chances de salut que la symphyséotomie*, discussion qui conduit l'auteur aux conclusions suivantes : « Après le sciage sous-cutané de l'os du pubis, les deux extrémités osseuses sectionnées s'écartent de 2 centimètres à 2 centimètres et demi au plus ; distance qui par un fort écartement des jambes peut être portée à 3 centimètres. Mais, à ce moment, on peut constater, au niveau du bord inférieur de l'os pubis, une forte résistance : masse ligamenteuse, tendue, rigide, formée des insertions des muscles long adducteur, droit interne, expansions du ligament arqué. En haut, résistance de l'insertion du muscle droit de l'abdomen, en arrière des ligaments pubio-vésicaux. D'autre part, tégument externe et graisse sous-cutanée ne sont pas sans prendre une certaine part à cette résistance. L'hébotomie sous-cutanée faite, vient-on à sectionner les parties molles entre les deux orifices de la peau, les os s'écartent davantage, d'un demi-centimètre et plus. Mais on n'obtient un agrandissement à 4 centimètres et au delà que par la division des insertions musculaires ou par leur déchirure partielle ou complète à la faveur d'un écartement énergique des cuisses. *Si donc on peut prétendre que la pubiotomie* **ouverte** *procure un écartement qui s'approche de celui fourni par la symphyséotomie, cette assertion ne saurait s'appliquer à la pubiotomie* **sous-cutanée.**

« Donc, si nous tenons à la pubiotomie sous-cutanée comme à une opération excellente, nous nous garderons de rejeter la symphyséotomie aux antiquailles. On a besoin, en effet, des deux opérations : de la pubiotomie pour les sténoses pelviennes légères ; de la symphyséotomie pour les sténoses graves, 8 ou 8,5, 7 ou 7,5. »

Que la symphyséotomie ne soit pas une erreur chirurgicale comme le prétend Gigli, cela est démontré par les succès de Morisani, de Zweifel et de toute une série d'accoucheurs allemands.

Que la convalescence après la *symphyséotomie* soit relativement longue, que l'opération comporte des risques qui ne peuvent être prévenus qu'au prix d'une asepsie irréprochable, que des complications, liées à des blessures secondaires (de la vessie par exemple), soient possibles lorsque l'habileté opératoire du chirurgien laisse à désirer, que l'hémostase puisse être difficile : ce sont là autant de conditions qui font de cette opération une *opération de clinique* ; mais, comme telle, elle rend des services, et plus que la pubiotomie.

R. L.

Sur la question de l'hébotomie (Zur Hebotomiefrage). A. DÖDERLEIN, *Zent. f. Gyn.*, n° 3, 1906, p. 84.

L'auteur, dans ce travail, ne veut aborder particulièrement qu'un point spécial dans l'application de la pelvitomie, sur lequel Zweifel a le premier attiré

l'attention : *une fois le bassin ouvert, laisser, quand c'est possible, l'accouchement se terminer naturellement.*

« Mon expérience, écrit Döderlein, s'étend à l'heure actuelle sur un total de 16 cas d'hébotomie *sous-cutanée* ; toutes les mères ont guéri sans aucun contre-temps et n'ont conservé de l'opération aucune suite fâcheuse. Tous les enfants vivent, à l'exception d'un seul qui, extrait avec le forceps Tarnier, vint au monde asphyxié et mourant. Ces résultats et ceux proclamés par d'autres auteurs m'autorisent à qualifier l'hébotomie *sous-cutanée* une opération efficace et sans danger.

« Dans le dernier cas, le 23 novembre 1905, j'ai eu pour la première fois l'occasion de me conformer à la pratique de Zweifel, et l'évolution en fut tellement favorable que je ne puis que préconiser le plus vivement possible cette manière de faire. »

Döderlein relate ensuite l'observation en question et il ajoute : « Après ce fait, à l'avenir, pour le temps de l'accouchement après l'hébotomie, nous placerons autour du bassin un lien élastique, de façon à lui fournir d'une part un soutien et d'autre part à lui permettre de s'ouvrir suffisamment pour le passage de l'enfant. Il paraît en outre utile de réduire au minimum l'anesthésie, pour ne pas compromettre l'activité utérine. Peut-être même suffirait-il à ce point de vue, pour une opération tout à fait courte, d'une injection de scopolamine. »

Le reproche élevé contre la pratique de Zweifel, que ce mode d'expectation une fois le bassin sectionné est une cruauté, tombe de ce fait, que cette hébotomie sous-cutanée ne cause à la parturiente qu'une impression incomparablement plus faible et qu'elle ne mérite aucun traitement spécial.

R. L.

Les résultats de la pubiotomie latérale sur un ensemble de 80 premiers cas (Die Resultate des lateralen Schambeinschnittes auf Grundlage der ersten 80 Falle). GIGLI, *Zent. f. Gyn.*, n° 41, n° 1263.

Après un rappel historique rapide de l'évolution de la symphyséotomie, après avoir particulièrement noté, que si l'ouverture du bassin trop étroit était une conception obstétricale excellente, la réalisation de cette idée par la section de la symphyse était une erreur chirurgicale ; après avoir également rappelé que, dès le début du dernier siècle, Champion avait affirmé la nécessité de sectionner le bassin en dehors de la symphyse et que, dès 1837, il avait aussi, sur une base anatomique très exacte, indiqué la technique à suivre, Gigli entre dans le vif du sujet. A l'heure actuelle, les observations cliniques s'élèvent au chiffre imposant de 85 (partie de ces faits ont été publiés, les autres ont été directement communiqués à l'auteur).

De ces observations, il ressort ce fait remarquable, qu'avec cette opération (pubiotomie latérale) on obtient facilement et rapidement la réunion *per primam*, si rarement obtenue avec la symphyséotomie. Toutes ces femmes ont guéri *per primam*, à l'exception toutefois de 2 ou 3, qui ont guéri complète-

ment, mais lentement, et de 4 qui sont mortes de circonstances indépendantes de l'opération [1 du chloroforme (B. Hart); 2 par suite d'infection grave survenue avant l'intervention (Baumm); 1 d'une infection typhique 28 jours après l'intervention, alors que la femme était complètement guérie et *per primam* de l'acte opératoire (Saladino)].

La mortalité s'élèverait ainsi à 4 p. 100, chiffre qui, en comparaison du chiffre de 11 p. 100 qui est celui de la mortalité par la symphyséotomie, marque le grand progrès réalisé par cette transformation de l'opération de Sigault.

Si l'on songe que c'est là le premier résultat clinique d'une opération nouvelle, encore en voie d'expérience, résultat formé de faits survenus dans des conditions différentes et entre les mains d'opérateurs divers, on est en droit d'espérer qu'on réalisera cet idéal entrevu par Chiara, que cette opération pourra devenir comparable à une application aseptique de forceps. Aucune des complications observées avec la symphyséotomie ne s'est produite avec la même gravité dans la pubiotomie latérale ; les hémorragies y sont rares et toujours facilement maîtrisées. Les lacérations des voies de la parturition ne sont pas plus fréquentes que dans les opérations obstétricales ordinaires et n'ont jamais de conséquences aussi fâcheuses que dans la symphyséotomie. La section linéaire de la ceinture pelvienne faite avec une scie filiforme guérit avec la plus grande rapidité et la plus grande facilité, parfois même en dépit d'un puerpérium infectieux et de lacérations graves. Or, c'est là un progrès considérable qui tient à une interprétation plus juste des principes fondamentaux de chirurgie, et qui, pour cette raison, constitue un progrès définitif, contrairement au progrès apparent plutôt de la symphyséotomie, laquelle a causé ensuite une déception telle qu'on était en train d'abandonner l'idée pourtant la plus grande conçue dans le domaine obstétrical : l'ouverture temporaire du bassin pendant l'accouchement.

R. L.

Sur la topographie et la technique de l'hébotomie sous-cutanée d'après Döderlein (Zur Topographie und Technik der subkutanen Hebotomie nach Döderlein). H. Sellheim, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 36, p. 109.

Dans 3 cas on a appliqué exactement la méthode de Döderlein : petite incision cutanée au-dessus de l'épine du pubis, direction de haut en bas de l'aiguille de Döderlein sous le contrôle de l'index ganté, suivant la paroi postérieure de l'os pubis. Traversée de l'aiguille jusqu'au niveau du bord inférieur de l'os pubis vers la région de la grande lèvre. Sortie de l'aiguille par une petite contre-ouverture ; placement de la scie filiforme de Gigli autour du pubis ; sciage ; suture immédiatement des incisions supérieure et inférieure au catgut sous drainage. Bandage aseptique, etc. Après la section osseuse, il se produisit chaque fois une hémorragie assez abondante au niveau de l'incision supérieure, et moins notable au niveau de la plaie inférieure, hémorragies qui furent maîtrisées par la compression avec des tampons de gaze.

Dans les deux premiers cas, il se fit des hématomes de la grosseur d'un œuf d'oie autour des extrémités osseuses, hématomes, qui en une ou deux semaines, sans élévation thermique, se réduisirent à de petits dépôts cicatriciels autour de la face antérieure de la plaie osseuse. Mais, dans le 3ᵉ cas, cette complication par hématome fut plus sérieuse et causa de réelles préoccupations.

OBS. — 42 ans, IXpare. Bassin plat rachitique. Conjugué vrai, 7 cm. 75. *Indications à la pubiotomie* : poche des eaux rompues depuis 38 heures, début des douleurs depuis 37 heures ; en dépit de contractions vigoureuses, pas d'engagement. Température de la parturiente, 37°,7; urine légèrement sanguinolente. Affaiblissement et accélération des bruits du cœur fœtal. *Hébotomie*; puis, parce qu'on ne pouvait attendre, engagement par pression, à la Hofmeier, de la tête fœtale dans le bassin. Enfin, application facile de forceps au détroit inférieur et mise au monde d'un enfant en état de mort apparente, mais qui fut ranimé; pas de lésion des parties molles.

Dans les premières heures après l'opération, une tuméfaction de la grosseur du poing se développa autour des extrémités osseuses (hématome). Durant la première semaine, l'épanchement sanguin ne montra aucune diminution. Le 5ᵉ jour, survint de la fièvre, jusqu'à 38°,5. A partir du 11ᵉ jour, apyrexie. Le 8ᵉ jour, diminution brusque de l'hématome. On songea à une évacuation, soit par le rectum, soit par le vagin, dont on ne put d'ailleurs trouver aucun signe. Par contre, une nouvelle tuméfaction, de la grosseur d'un petit poing, apparut au niveau de la cuisse gauche, tuméfaction qui prit les couleurs successives des ecchymoses : noir, bleu, vert, jaune ; l'accouchée se leva le 14ᵉ jour ; le 16ᵉ jour les extrémités osseuses sectionnées étaient encore entourées d'une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule ; par le toucher vaginal, on constata encore, entre les extrémités osseuses, une distance d'une largeur de doigt, bien qu'il n'existât qu'une mobilité minime. Locomotion normale. Le 20ᵉ jour après l'opération, *thrombose de la veine fémorale* gauche. La question reste indécise s'il y eut relation étiologique entre l'hébotomie et la thrombose.

En faisant la petite incision au-dessus de l'épine du pubis, on ne blesse d'ordinaire aucun vaisseau important. D'ailleurs, une hémorragie à ce niveau serait sans importance, car on peut la maîtriser aisément. Quand on passe ensuite l'index et l'aiguille le long de la face postérieure de l'os pubis, on décolle de l'os un réseau de vaisseaux artériels assez volumineux, dont les racines sont un rameau pubien de l'artère fémorale et un rameau pubien de l'artère obturatrice. Au prix d'un décollement laborieux des tissus de l'os pubis, l'hémorragie est à éviter. Mais il faut avoir soin que la section n'approche pas du trou et des vaisseaux obturateurs. On évitera à coup sûr ces vaisseaux obturateurs si l'on se maintient à 2 centimètres du plan médian, par conséquent en dedans de l'épine du pubis. Les vaisseaux fémoraux ne courent aucun risque. Il paraît indifférent, au point de vue de l'hémorragie osseuse, qu'on scie à côté de la symphyse ou à 1 ou 2 centimètres (une coupe frontale de l'os pubis le démontre).

En avant et au-dessous du corps du pubis existent des vaisseaux veineux importants. La scie, après la section de l'os, peut arriver directement sur le plexus veineux situé en avant de l'os du pubis : particularité qui explique l'hémorragie qui survient immédiatement après le sciage de l'os. Il est également possible que les plaies vasculaires soient des effets de l'écartement des extrémités osseuses séparées. Une grande attention peut permettre d'éviter les blessures des branches vasculaires volumineuses situées au-dessous de l'os

du pubis, du bulbe vestibulaire et des racines du clitoris : s'efforcer de raser avec l'aiguille de Doderlein le bord inférieur de cet os. *Mais si la crainte de l'hémorragie oblige à une grande circonspection, il ne faut pas non plus, par crainte exagérée, arrêter le sciage trop tôt, car on pourrait, de ce fait, n'avoir pas les effets désirés de l'agrandissement du bassin; il faut continuer de scier jusqu'à ce qu'on ait la sensation que non seulement l'os est bien coupé, mais que l'instrument joue librement dans les parties molles; il importe de bien s'assurer, avant de retirer la chaîne, que la ceinture pelvienne s'ouvre comme il convient.*

R. L.

Pubiotomie complètement sous-cutanée (Vollkommen subkutan ausgefuhrte Pubiotomie). C. Walcher, *Zent. f. Gyn.*, 1902, n° 36, p. 1102.

Walcher, déjà très habitué, par son procédé de fixation en haut du vagin dans les cas de prolapsus grave, à conduire une aiguille le long de la face postérieure du pubis, a eu l'idée de transformer l'hébotomie presque sous-cutanée de Döderlein en pubiotomie sous-cutanée. Il pique l'aiguille au niveau de la grande lèvre et, sous le contrôle d'un doigt placé dans le vagin, il en dirige le cheminement contre la face postérieure de l'os pubis. Quand l'extrémité de l'aiguille est arrivée au niveau du bord supérieur de cet os, le doigt placé dans le vagin étant retiré, va à la rencontre de l'extrémité de l'aiguille, etc. La scie de Gigli fixée à l'aiguille est mise en place. Puis, suivant qu'on suppose que l'accouchement a quelque chance de se produire spontanément, on surseoit au sciage, ou bien, dans le cas contraire, on l'exécute. Au total, qu'on ait été forcé de scier l'os pubis ou non, il n'y a que les deux orifices, d'entrée et de sortie, de l'aiguille. Le reste de l'intervention reste absolument sous-cutané.

R. L.

De l'agrandissement momentané du bassin par l'hébotomie, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1906, n° 1, p. 18, par L. Aubert.

Les conclusions de cette étude d'ensemble, personnelle et très intéressante, sont :

1° Dans l'hébotomie les surfaces osseuses de section n'étant point sur la ligne médiane, les appareils de soutien de la vessie et de l'urètre ne sont pas endommagés ; on évite donc sûrement les organes situés derrière la symphyse, ainsi que le clitoris. Ils sont refoulés d'un même côté, alors que dans la symphyséotomie ils sont soumis à des tractions bilatérales et risquent fort d'être lacérés.

2° Les parties molles, beaucoup plus épaisses sur les côtés, préviennent mieux les déchirures du vagin et de la plaie qui les feraient communiquer entre eux.

3° Les hémorragies graves, le clitoris n'étant pas atteint, sont beaucoup moins à craindre ; il faut reconnaître que l'extrémité d'un corps caverneux

peut être sectionnée, mais d'après l'expérience la perte de sang est presque toujours minime et aisée à maîtriser.

4° La tension des muscles long adducteur et droit interne empêche un écartement trop fort ; cet écartement est en outre modéré et limité à sa juste mesure par l'emploi du tube élastique et de la voie sous-cutanée.

5° La guérison s'effectue beaucoup mieux dans une section osseuse franche et sous-cutanée que dans une plaie articulaire ouverte, le danger d'infection est infiniment moindre. On possède la certitude d'obtenir une réunion osseuse exacte, qui n'a jamais encore fait défaut, une restitution du bassin *ad integrum* et un résultat fonctionnel parfait.

6° L'hébotomie, ainsi que les statistiques le démontrent, pourra se substituer à l'opération césarienne dans ses indications relatives, c'est-à-dire jusqu'à 7 centimètres du conjugué vrai, à l'embryotomie dans beaucoup de cas, et à l'accouchement prématuré.

7° Elle peut être encore exécutée chez les fébricitantes.

8° Elle est très peu dangereuse pour la mère et donne de grandes chances à l'enfant de naître vivant.

Les désavantages ne consistent guère que dans la production possible de deux accidents, qui jusqu'ici n'ont pas causé de complications graves lorsqu'ils ont été traités conformément aux lois de la chirurgie moderne : nous voulons parler des quelques déchirures du vagin et des quelques hématomes qui n'ont pu être évités.

En concluant, nous émettons le vœu que, dans un avenir prochain, la scie de Gigli et l'aiguille conductrice de Döderlein occupent dans l'arsenal de l'accoucheur une place aussi importante et, espérons-le, plus importante même que les divers instruments affectés à l'embryotomie, et nous croyons que dans de nombreux cas, lorsque l'enfant est encore vivant, ils pourront être substitués avantageusement à ceux-ci. R. L.

Contribution à l'étude de l'hébotomie sur un total de 21 cas (Beitrag zur Hebotomie auf Grund von 21 Falle). KANNEGIESSER, *Arch. f. Gyn.*, Hft. 1 Bd. LXXVIII.

Du 18 août 1904 au 22 décembre 1905, la pubiotomie a été faite à la clinique du professeur Léopold à Dresde 21 fois sur 2.864 accouchements, soit 0,74 p. 100 : 11 primipares, 10 II, jusqu'à IVpares avec des bassins rachitiques, pour la plupart plats et généralement rétrécis, le diamètre antéro-postérieur variant de 7 à 8 cm. 5. Dans un cas, bassin généralement rétréci pur, dans un autre bassin plat rachitique pur.

4 bassins avaient un conjugué vrai de 7 centimètres ; 3 de 7 1/4 ; 6 de 7 1/2 ; 2 de 7 3/4 ; 4 de 8 centimètres ; 1 de 8 1/4 ; 1 de 8 1/2. Pour les mensurations internes, on ne se servit d'aucun appareil spécial, mais seulement du toucher, dont les résultats furent le plus souvent contrôlés par le professeur Léopold.

Les 10 multipares avaient accouché antérieurement 16 fois avec 9 enfants

morts : 4 avaient subi la perforation ou la cranioclasie ; 4 enfants très petits lors de leur venue au monde (2 par le forceps, 2 par version laborieuse) vivaient encore au moment de l'hébotomie ; 2 étaient morts peu après la naissance.

Poids des enfants obtenus par hébotomie : de 3.980 à 2.400, ce dernier après évacuation de la substance cérébrale ; 8 pesaient 3.500 grammes et plus.

17 des 21 enfants vinrent au monde vivants, sortirent vivants de la maternité et la plupart après une augmentation considérable de leur poids (enfants vivants : 80,95 p. 100).

Un enfant mourut au cours de l'opération (présentation de la face défavorable, primipare âgée, conjugué vrai 7 cm. 1/4, anneau de contraction. Echec du forceps, malgré l'agrandissement du bassin, pas de pulsations au cordon), perforation. Un enfant, mis au monde avec le forceps, en état d'asphyxie blanche par suite d'un circulaire très serré du cordon, ne put être ranimé ; un autre, également amené avec le forceps, asphyxie bleue, mourait 15 heures après, des suites de la compression du cordon ; un 4e enfin (version et extraction) mourut le 2e jour, d'une hémorragie dans les muscles du dos, causée par des manœuvres de massage trop brutales faites dans le but de le ranimer.

Des 21 enfants, 11 furent, *après agrandissement du bassin*, extraits avec le forceps (2 morts) ; 9 par version et extraction (1 mort), un par perforation et cranioclasie.

Mères : *aucune mort*. Chez l'une, abcès au genou, ayant une origine gonococcique ; chez toutes les autres, la guérison fut complète ; durée du traitement clinique, de 19 à 58 jours, en moyenne 31 jours. Lever du 12e au 51e jour, en moyenne au 25e jour. 7 seulement des accouchées eurent des suites de couches fébriles.

Chez les 14 autres, survinrent des troubles imputables en partie au mode d'intervention : *hématomes* des grosses lèvres, *déchirures vaginales* en communication avec la plaie osseuse, lésions de la vessie, et dans un cas probablement une infection de la plaie opératoire.

Enfin, d'autres complications purent être justement appréciées comme des effets secondaires de l'acte chirurgical : *lochiométrie*, *thrombose* des veines fémorales, qui surviennent plus fréquemment après l'hébotomie qu'après n'importe quelle autre opération.

En quelques cas, se produisirent des déchirures du vagin qui communiquaient avec la plaie osseuse (3 cas). Et dans ces 3 cas, par mesure préventive contre ces lésions, on avait distendu le vagin par la calpeuryse, et il s'agissait en plus de multipares. Aussi, de l'analyse des faits, paraît-il ressortir que quelque chose de plus spécial que l'étroitesse du vagin, que la primiparité, a présidé à la production de ces déchirures, que très probablement leur cause réelle c'est l'écartement trop grand et trop rapide des extrémités osseuses.

On compta *des lésions de la vessie* dans 4 cas, mais dans un seul cette lésion fut une complication grave (lésions, effets soit de l'écartement des extrémités osseuses, soit des compressions produites par la tête fœtale). Dans aucun de ces cas, on ne saurait incriminer la scie de Gigli comme facteur de la lésion,

contrairement à l'observation de Reeb, qui avec la scie ramena, par l'ouverture supérieure du trajet opératoire, un bout de vessie et, à cause de ce contre-temps, condamne l'introduction de la scie sans le contrôle du doigt.

Hématomes. — Chez 4 accouchées, un hématome volumineux se forma sur les côtés de la section pubienne. Il n'y eut jamais rupture ou suppuration de l'hématome. Les lèvres dégonflèrent rapidement.

Lochiométrie. — Observée dans 5 cas et, à cause de cette fréquence, imputable vraisemblablement à l'opération. Peut-être, le repos absolu imposé aux hébotomisées et la compression produite par le bandage pelvien favorisent-ils cette complication.

Œdème des extrémités inférieures. — Trois fois du côté opéré, 1 fois du côté opposé. Il peut se faire que, dans ces cas, l'œdème soit l'effet non pas de la thrombose, mais de la compression produite par l'hématome péripubien.

En ce qui concerne la *technique opératoire*, on a suivi celle indiquée par Döderlein, à une modification près. Dans la pensée qu'il importait de rechercher une guérison de la plaie opératoire *per primam*, surtout dans une zone si voisine de lochies, riches en germes, l'auteur a renoncé à introduire le doigt dans la plaie comme moyen de contrôle, de direction et de sauvegarde, modification du reste déjà introduite par d'autres opérateurs (V. de Velde, par exemple), et dont un des effets serait d'obtenir une plaie opératoire moins contuse, plus simple, plus apte à une cicatrisation régulière.

R. L.

VARIA

Herpès zoster, au cours des suites de couches, chez une éclamptique (Herpes Zoster im Wochenbett einer Eklamptischen). MAXIMILIAN, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1905, Hft. 4, p. 446.

Cas d'herpès zoster ayant débuté le cinquième jour *post partum* et s'étant localisé surtout dans les zones cutanées de la région antéro-interne du membre inférieur droit, localisation correspondant aux nerfs fessier supérieur, fémoro-cutané moyen et interne, obturateur, saphène avec branche sous-rotulienne, tandis que les zones correspondant au nerf fessier inférieur, nerf fémoro-cutané, nerf inguino-lombaire et iléo-inguinal, étaient indemnes: au résumé, dans un territoire de ramifications nerveuses émanées du premier au quatrième nerf lombaire. En sorte que, dans ce cas, comme il advient d'ordinaire, *la maladie s'est cantonnée presque systématiquement dans un territoire de distribution de nerfs cutanés.*

L'auteur part de ce fait pour discuter les trois causes principales qu'on a successivement assignées à l'herpès zoster : *infection*, *toxémie*, *trauma*, et pour fixer, par l'examen critique des rameaux nerveux atteints, le foyer primitif de la maladie.

1° *Foyer primitif.* — Il le place dans le ganglion du quatrième nerf lombaire ;

2° *Étiologie.*— Éliminant, en raison de l'absence de symptômes dans ce sens, l'étiologie infectieuse, l'auteur continue : « Restent, quant à l'étiologie, deux hypothèses à examiner : toxémie endogène et trauma.

L'obstétricie moderne a fourni cette notion, que toute gestation, normale comme pathologique, va avec la production d'une certaine quantité de produits toxiques, *toxonoses de la grossesse*, *toxémie des femmes enceintes.* D'autre part, de tout temps on a admis que l'éclampsie est l'expression clinique d'une intoxication de l'organisme. Aussi était-il concevable, qu'ainsi que des produits de l'activité nutritive d'urémiques et de diabétiques affectant à un certain degré un ganglion pelvien provoquent un herpès, de même un virus, produit d'un organisme éclamptique, aurait pu atteindre spécialement le quatrième ganglion lombaire et, de ce fait, déterminer l'affection cutanée. L'expérience clinique mille fois et, récemment, les recherches expérimentales de Blumreich et Zuntz ont établi que le système nerveux, tant périphérique que central, est dans l'état de gestation exposé à toutes les atteintes.

Peut-être l'action toxique, *hypothétique*, aurait-elle été, dans le cas actuel, par une insuffisance rénale marquée, effet d'une néphrite rebelle, encore existante, etc., capable de frapper, et de façon élective, le quatrième ganglion lombaire.

Les constatations nécropsiques faites dans des cas d'herpès, surtout celles de Head entourées de tous les perfectionnements modernes dans la technique, ont indiqué surtout des hémorragies avec processus phlegmasiques consécutifs dans les ganglions et dans leurs enveloppes (destruction partielle des cellules ganglionnaires). Or, ne sait-on pas que les crises éclamptiques s'accompagnent d'une forte élévation de la pression sanguine, et cette hypertension ne peut-elle pas aboutir, surtout si l'on songe à la vulnérabilité du tissu nerveux comme de ses vaisseaux, à des altérations hémorragiques de même nature suivies de conséquences analogues. En sorte qu'on serait conduit à admettre aussi la possibilité de l'intervention d'un *trauma interne.*

En résumé, à l'heure actuelle, pas d'étiologie univoque. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Operative Gynækologie, par A. Döderlein et B. Krönig (Thieme éditeur, Leipzig, 1905.)

Le traité de gynécologie opératoire que viennent de publier Döderlein et Krönig, a sa place indiquée dans la bibliothèque de tous les chirurgiens. Il

nous donne l'exposé de la technique actuelle des maîtres de la gynécologie allemande d'une manière précise et sans détails inutiles. On ne trouvera pas dans cet ouvrage de bibliographie et bien des procédés, très employés encore, n'y sont pas décrits ; mais on y lira avec fruit l'exposé très personnel de la pratique de deux maîtres incontestés. Si nous ajoutons que la partie iconographique mérite les plus grands éloges et peut être rapprochée comme fini d'exécution de celle du traité classique de Kelly, on comprendra tout le bien que nous pensons de ce livre, que nous avons lu avec grand intérêt.

H. H.

Bakteriologische Untersuchungen über Hænde-Desinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis, par O. SARWEY. (Hirschwald éditeur, Berlin, 1905.)

A notre époque où la recherche du meilleur mode de désinfection des mains préoccupe si justement les chirurgiens, la publication des recherches consciencieuses de Sarwey sera favorablement accueillie et nous ne doutons pas que ce petit volume soit fréquemment consulté. H. H.

Gynækologische Diagnostik, par MAX. HENKEL. (Karger éditeur, Berlin, 1905.)

Écrit pour les étudiants et pour les médecins, auxquels il donne un exposé complet des lésions anatomo-pathologiques, des symptômes et du diagnostic des diverses maladies de l'appareil génital de la femme, ce livre contient de nombreuses planches en couleur reproduisant les préparations microscopiques de l'auteur. C'est un traité non seulement de diagnostic dans le sens où nous entendons généralement ce mot en France, diagnostic clinique, mais aussi de diagnostic anatomique des diverses lésions qu'on peut rencontrer. C'est, en un mot, un traité de gynécologie, moins l'étiologie et le traitement des diverses maladies. H. H.

Die Krankheiten des Beckenbindegewebes, par MARTIN, avec la collaboration de AMANN, BUSSE et JUNG. (Karger éditeur, Berlin, 1906.)

Ce volume fait suite à ceux que nous avons déjà analysés dans ce recueil sur les maladies de la trompe et de l'ovaire. Après un exposé anatomique des ligaments utérins et du péritoine pelvien, on y trouve l'étude des hématomes sous-péritonéaux, de la paramétrite septique et blennorragique, de l'hématocèle, des diverses variétés de pelvi-péritonites (aseptique, blennorragiques, tuberculeuses, etc.). Le volume se termine par la description des tumeurs qu'on peut observer dans les ligaments larges et dans les ligaments ronds. Bien édité, enrichi de dessins et même de planches en couleurs, ce volume sera, comme les précédents, consulté par tous ceux que la gynécologie intéresse.

H. H.

Atlas der Cystoskopie des Weibes, par WILHELM ZANGEMEISTER. (Enke éditeur, Stuttgart, 1906.)

Les deux premiers fascicules de l'Atlas cystoscopique de Zangemeister comprennent 14 planches en couleur, donnant au lecteur l'aspect de diverses lésions vésicales chez la femme vues au cystoscope. On y trouve l'image de la vessie normale, des diverses cystites (col et corps), de la tuberculose, des calculs, des tumeurs, etc., puis celle de la vessie dans les prolapsus génitaux. Nous espérons voir prochainement paraître la dernière partie de cet atlas qui comble une lacune. H. H.

OUVRAGES REÇUS

De la Dilatation rapide et forcée du col de l'utérus pendant la grossesse et le travail, par le docteur A. BOISSARD. (O. Doin, éditeur, Paris, 1906.)

Le Diagnostic de la grossesse, par le docteur L. BOUCHACOURT, ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Paris. Préface du docteur BONNAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 287 pages. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1906.)

NOUVELLES

CONGRÈS NATIONAL DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE
5e *Session : Alger*, 1er *avril* 1907

Le cinquième Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie tiendra sa prochaine session à Alger, du 1er au 8 avril 1907, sous la présidence des professeurs : Queirel (de Marseille), président général et pour la section d'obstétrique ; Boursier (de Bordeaux), pour la section de gynécologie, et de M. Guinon (de Paris), pour la section de pædiatrie.

La liste des questions mises à l'ordre du jour par chaque section sera incessamment publiée.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre.

Adresser toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds au professeur Jules Rouvier, secrétaire général du Congrès, 52, rue Daguerre, Alger.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

AVIS AUX LECTEURS

La mort du regretté professeur Pasquali a privé la Rédaction des *Annales* de son correspondant italien. Le professeur Pestalozza, qui succède, à Rome, au professeur Pasquali, a bien voulu accepter aux *Annales* la succession de son collègue. L'éminent maître italien est trop connu pour que nous ayons besoin de le présenter à nos lecteurs. Nous sommes heureux de le remercier en leur nom de l'honneur qu'il fait à notre Revue.

LA RÉDACTION.

DE LA DÉCAPSULATION RÉNALE ET DE LA NÉPHROTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FORMES GRAVES DE L'ÉCLAMPSIE

RAPPORT SUR UN TRAVAIL DE MM. CHAMBRELENT ET POUSSON
PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

Par le professeur **A. PINARD** (1).

Le 26 décembre 1905, j'avais l'honneur de vous présenter, au nom de MM. les docteurs Chambrelent et Pousson, agrégés de la Faculté de Bordeaux, un travail portant ce titre : *De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie.*

Je viens aujourd'hui vous exposer le rapport dont vous avez bien voulu me charger.

Dans ce travail MM. Chambrelent et Pousson commencent par rap-

(1) Rapport lu à l'Académie de médecine le 3 avril 1906.

peler que « la théorie pathogénique de l'éclampsie qui réunit actuellement la majorité des accoucheurs est celle de l'intoxication sanguine par un poison d'origine et de nature encore indéterminées, et qu'à cette toxémie se joignent, primitives ou secondaires, pour en aggraver les conséquences, des lésions du foie et des reins, c'est-à-dire des deux plus puissants émonctoires de l'organisme ».

Ensuite, ils passent rapidement en revue les moyens employés plus ou moins heureusement, pour obtenir l'épuration du sang, après en avoir montré les avantages et les inconvénients possibles et surtout leur inefficacité fréquente, et concluent ainsi :

« C'est d'abord pour remédier à ces inconvénients possibles du traitement par les lavages du sang, en second lieu pour rendre plus effectives les émissions sanguines, et enfin pour enrayer les lésions néphrétiques, que nous avons songé à intervenir chirurgicalement sur le rein des éclamptiques. Mais empressons-nous de déclarer que nous n'avons pas la prétention de substituer ce traitement opératoire au traitement médical. Nous le présentons seulement comme une ressource nouvelle, ajoutée à celles que nous possédons déjà pour conjurer les effets de la toxémie de la grossesse. Nous croyons, par exemple, que dans les intoxications graves, ayant résisté aux moyens précédemment énumérés, particulièrement dans les cas qui s'accompagnent d'oligurie avec abaissement du taux de l'urée et des autres matières extractives et présence de l'albumine en forte proportion, l'intervention est justifiée, et qu'elle s'impose lorsque l'examen histologique des dépôts urinaires y fait constater l'existence des éléments figurés caractéristiques des néphrites aiguës. »

Après avoir ainsi exposé les indications des interventions chirurgicales sur les reins des éclamptiques, ils rappellent que, le premier, Edebohls (de New-York), chirurgien qui depuis plusieurs années s'occupe spécialement du traitement opératoire des néphrites médicales aiguës et chroniques, a eu l'occasion d'appliquer avec un plein succès sa méthode de la décapsulation rénale sur deux éclamptiques (1).

Mais ils font remarquer que, tandis que le chirurgien américain a eu recours chez ses malades à la décapsulation des deux reins, eux ont ajouté à cette opération bilatérale la néphrotomie droite chez la malade dont ils donnent ainsi le sommaire de l'observation.

(1) Voir les analyses de ces observations, p. 245 et 246.

Primipare 21 ans, sans antécédents morbides de famille ou personnels. Grossesse régulière. Aucun signe subjectif ou objectif d'albuminurie, qu'on découvre en minime quantité, deux jours avant le travail. Quelques heures après le début de celui-ci, obnubilation, somnolence, puis accès violent d'éclampsie. Lavement de chloral suivi de coma profond se prolongeant toute la nuit, interrompu par deux ou trois accès convulsifs. Accouchement hâté par la dilatation digitale du col, seize heures après le début du travail. Délivrance rapide, hémorragie peu considérable. Une demi-heure après, très violents accès, puis coma dont rien ne peut tirer la malade pendant vingt-quatre heures. Depuis le début du travail, c'est-à-dire depuis quarante heures, miction suspendue, et on retire par la sonde à peine 200 centimètres cubes d'urine foncée, hyperacide, pauvre en urée et sels, et très chargée d'albumine.

Décapsulation rénale bilatérale et néphrotomie droite. Aussitôt la sécrétion des urines se rétablit très abondante, et le taux de l'urée et des phosphates se relève. Seuls, les chlorures restent au-dessous de la normale, l'albumine diminue, mais persiste. Le coma devient moins profond dès le lendemain et disparaît complètement le troisième jour. Dès lors, rien ne se met à la traverse de la guérison.

MM. Chambrelent et Pousson font suivre leur observation des réflexions suivantes, que je reproduis *in extenso*, en raison de l'autorité qui s'attache au nom de nos deux confrères, dont l'un a fait les recherches les plus intéressantes sur l'auto-intoxication des femmes enceintes et dont l'autre est le chirurgien consciencieux et habile qui depuis dix ans étudie particulièrement les indications chirurgicales dans les affections rénales.

« Des constatations qu'il nous a été donné de faire au cours de notre opération, se dégage un premier fait anatomique confirmant ce que l'on sait aujourd'hui des lésions somatiques de l'éclampsie, à savoir qu'il existait chez notre malade une double néphrite. En effet, le rein extrait de sa loge nous apparut avec tous les caractères macroscopiques de cette affection (augmentation de volume et de consistance, coloration brunâtre, etc.) et les deux petits fragments lamellaires prélevés sur chacune des tranches de l'incision, examinés histologiquement, présentaient les lésions de la néphrite parenchymateuse aiguë.

« Voici la note histologique que nous relevons sur le cahier de la clinique des maladies des voies urinaires, note contrôlée par notre collègue Auché : « Glomérulite ; les anses vasculaires sont dilatées, le nombre des noyaux est augmenté, les cellules de la capsule de Bowmann ont disparu par places et sont remplacées par un exsudat interposé entre elle

et le glomérule, la lumière des anses descendantes de Henle est un peu agrandie, l'épithélium à bâtonnet est abrasé presque partout ; par endroits même on ne distingue pas le noyau mal coloré et plaqué contre la membrane basale, la lumière de quelques tubes collecteurs est occupée par une substance homogène, colorée en rouge, probablement colloïdale ; péri-artérite autour des petites artérioles ; dans le stratum conjonctif quelques éléments leucocytaires en nombre plus considérable qu'à l'état normal. » Quelques pathologistes, contestant l'existence de la néphrite éclamptique, rejettent comme sans valeur les examens histologiques, qui suivant eux ne révéleraient que des lésions cadavériques. L'examen des fragments du rein de notre malade pris sur le vivant même et immédiatement fixés dans l'alcool échappe à cette objection.

« Un second fait clinique qui ressort de notre observation, c'est l'arrêt du processus néphrétique et le rétablissement de la fonction sécrétoire du rein après la décapsulation et la néphrotomie, et partant la guérison de l'éclampsie.

« La physiologie pathologique nous permet d'interpréter cette triple action. Son mécanisme ne diffère pas de celui que l'un de nous a invoqué pour préconiser l'intervention chirurgicale dans le traitement des néphrites infectieuses aiguës et des crises urémiques des néphrites chroniques.

« 1° *Mode d'action de la décapsulation rénale et de la néphrotomie sur les lésions de la néphrite éclamptique.* — Réginald Harrison qui, le premier, est intervenu par la néphrotomie dans les néphrites aiguës, y a été conduit par le rôle qu'il attribuait à la tension intrarénale dans l'évolution du processus anatomique. Les effets de cette tension sur les éléments constitutifs du parenchyme rénal sont comparables, selon lui, à ceux de la tension intraoculaire dans le glaucome, et la ponction et l'incision de la capsule et du rein agissent comme l'iridectomie préconisée par Græfe. Usant d'une autre comparaison qui nous paraît plus exacte, le chirurgien de Londres assimile ce qui se passe dans le tissu du rein enflammé, enserré dans sa capsule à extensibilité limitée, à ce qui se produit dans le tissu du testicule au cours de certaines orchites, où l'on peut voir les éléments histologiques se nécroser si l'on n'intervient pas par le débridement de l'albuginée. Comme l'un de nous l'a fait ressortir, il convient d'ajouter à ce premier effet résultant de la suppression de la tension intrarénale celui obtenu par l'abondant écoulement de sang déterminé par l'incision du rein lui-même, qui réa-

lise au maximum les effets de la saignée locale, recherchés dans la pratique courante par les ventouses scarifiées et les sangsues appliquées à la région lombaire. L'écoulement de sang ainsi provoqué, outre qu'il décongestionne le rein et modère la diapédèse, favorise l'exode des exsudats et des déchets épithéliaux encombrant les canalicules intéressés par l'incision, tous agents qui contribuent mécaniquement pour leur part à causer l'oligurie et l'anurie.

« Cette action désobstruante se continue même les jours suivants, si l'on a soin de drainer le bassinet à l'aide d'une sonde, qui permet l'écoulement des liquides altérés sécrétés par le rein et rend possibles les lavages antiseptiques.

« Edebohls dans ses opérations n'a eu recours qu'à la décapsulation bilatérale. Pour les raisons que nous venons d'invoquer, nous pensons qu'on doit y ajouter au moins d'un côté l'incision du rein. Cette incision, qui n'augmente pas la gravité de l'intervention, a encore d'autres avantages que nous allons faire ressortir.

« 2° *Mode d'action de la décapsulation et de la néphrotomie sur la reprise des fonctions sécrétoires des reins.* — C'est encore en supprimant l'hypertension rénale que ces opérations permettent aux reins de récupérer leurs fonctions physiologiques. On sait que Guyon et Albarran, s'appuyant sur l'expérimentation et la clinique, ont démontré, d'une part, la conséquence de la mise en tension du rein sur les perturbations de la sécrétion urinaire et, d'autre part, les heureux effets en pareils cas de l'incision du parenchyme rénal. Appliquant aux affections médicales des reins ces remarques faites sur des malades atteints de maladies chirurgicales, l'un de nous a traité avec succès par la néphrotomie un certain nombre de néphrites aiguës ou chroniques compliquées d'oligurie et de diminution de l'excrétion de l'urée et des autres produits excrémentitiels de l'urine. Dans les néphrites éclamptiques, comme dans les néphrites infectieuses aiguës et les poussées subaiguës déterminant les crises urémiques du mal de Bright, l'hypertension intrarénale résulte de l'augmentation du rein par les exsudats et les produits de prolifération cellulaire enserrés dans sa capsule inextensible. Cette hypertension agissant sur les vaisseaux et les nerfs modifie d'abord profondément le régime circulatoire et l'innervation de l'organe, retentit bientôt sur les épithéliums pour en troubler le fonctionnement, en altérer la vitalité et même en entraîner la mort. On comprend dès lors, sans qu'il soit nécessaire d'insister, les heureux

effets de l'extirpation de la capsule et mieux encore de l'incision du parenchyme rénal. Comme on peut le voir sur le graphique urologique annexé à notre observation, le taux de l'urine, de l'urée et des sels, à l'exception des chlorures, s'est rapidement relevé après l'opération, de telle sorte que, chez notre éclamptique comme chez nos autres néphrétiques, l'intervention, qu'on nous passe l'expression, semble véritablement avoir ouvert le *robinet* des urines.

« 3° *Mode d'action de la néphrotomie sur la toxémie.* — Ainsi que nous l'avons rappelé au début de notre communication, la saignée générale, qui soustrait à l'organisme une partie du sang chargé de toxines, est un des moyens les plus puissants de combattre l'éclampsie. Or, la néphrotomie joint, à l'avantage de réaliser, aussi bien que la phlébotomie, cette indication thérapeutique, celui de débarrasser d'abord et directement du sang adultéré le rein qui, précisément chargé avec le foie de l'épurer, en subit un des premiers la fâcheuse atteinte. Pour expliquer la genèse des crises urémiques des brightiques, le professeur Dieulafoy a émis l'idée que les éléments sécrétoires du rein éprouvent une intoxication du fait des poisons véhiculés par le sang et déterminent une sorte d'*urémie rénale*. Semblable hypothèse ne peut-elle pas être invoquée au cours de la toxémie gravidique ? Dès lors, l'incision rénale n'apparaît-elle pas comme le meilleur moyen de débarrasser le parenchyme des toxines qui l'imprègnent ? »

Assurément, les deux interventions d'Edebohls et celle de MM. Chambrelent et Pousson constituent de brillantes victoires, qui viennent s'ajouter au bilan chaque jour plus riche de la chirurgie contemporaine. Suffisent-elles pour légitimer les indications formulées par le chirurgien américain et même celles beaucoup plus prudentes exposées avec réserves par nos confrères bordelais ? C'est à cette question que je vais m'efforcer de répondre.

Je ne connais, pour ma part, que ces trois cas, où la chirurgie rénale vint au secours de femmes atteintes d'accès éclamptiques.

Il peut se faire qu'il y en ait d'autres, mais je les ignore.

Ces trois cas furent suivis de guérison. La première décapsulation rénale fut pratiquée par Edebohls chez une femme accouchée depuis soixante-douze heures, chez laquelle les accès convulsifs persistaient. L'opération fut pratiquée le 17 février 1903 ; elle fut bilatérale et

dura vingt-trois minutes. Les deux reins présentaient des lésions d'inflammation aiguë, mais étaient peu augmentés de volume. La décapsulation du rein fut facile.

Après l'intervention, il n'y eut plus de crises convulsives. Les symptômes graves de l'urémie disparurent, et la malade reprit connaissance deux jours après l'intervention. Cinquante-trois jours après l'opération, l'urine ne contenait plus d'albumine et la santé était parfaite.

La deuxième décapsulation eut lieu le 1er janvier 1904. Elle fut pratiquée par Edebohls chez une femme primipare, enceinte de deux jumeaux et près du terme de sa grossesse. Cette femme était atteinte de cécité, dans le demi-coma, avait déjà eu deux accès éclamptiques.

De plus, pendant les dernières vingt-quatre heures, il y avait eu seulement émission de 360 centimètres cubes d'urine. L'opération dura quarante-cinq minutes; le rein gauche fut trouvé plus volumineux que le droit. Durant les vingt-quatre premières heures après l'opération, il y eut suppression à peu près complète d'urine: 30 centimètres cubes d'urine. Malgré cette oligurie, l'état de la femme s'améliora rapidement.

Quarante-huit heures après l'opération, début du travail. Double application de forceps à la dilatation complète. L'un des enfants mourut.

Quatre semaines après l'opération, la femme vaquait à ses occupations et allaitait son enfant.

Et dans son enthousiasme, l'habile chirurgien américain écrit: « Ce qui ressort nettement de cette observation et qui est indiscutable, c'est que la décapsulation du rein peut arrêter les progrès de l'urémie et les accès convulsifs d'origine puerpérale chez la femme non délivrée. »

Si Edebohls était accoucheur, il eût moins généralisé d'emblée. Il aurait la connaissance de ce fait, à savoir que nombre de femmes qui meurent après avoir présenté des accès éclamptiques n'ont pas été atteintes d'anurie et ont des reins plus ou moins malades.

L'observation de A. Sippel (1) est extrêmement intéressante. Le fait d'avoir trouvé, à l'autopsie d'une femme enceinte de six mois ayant présenté des accès éclamptiques et de l'*anurie*, un rein droit gros, presque *noir bleu*, dont la substance corticale fila immédiatement à travers une incision, constitue une preuve que, dans certains cas, le

(1) Voir l'analyse de cette observation page 248.

rein peut être soumis à une forte pression, que c'est là ce qu'on a appelé le *glaucome du rein*. Mais Sippel est le premier à protester contre une généralisation hâtive, et il tient à marquer expressément que pour lui, à l'heure actuelle au moins, il ne recommande la décapsulation que « dans les cas où les accidents tiennent vraiment à une élévation notable de la pression intracapsulaire ».

Je me rallie, pour ma part, complètement à cette manière de voir, et je regrette de n'avoir pas connu plus tôt ce brillant acte chirurgical.

Plusieurs fois, j'ai assisté à la mort de femmes ayant des accès éclamptiques et complètement anuriques. J'ai vu ces femmes rester douze, vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures dans le coma, et je n'étais qu'un spectateur impuissant et désolé. Aujourd'hui, connaissant cette arme, je n'hésiterais pas à m'en servir. Mais, je le répète, exclusivement dans un cas d'anurie.

Quant à la néphrotomie venant compléter la décapsulation, il m'est impossible, vu mon incompétence, de donner une opinion personnelle; mais connaissant les travaux faits sur ce point, connaissant les idées de notre maître et vénéré collègue M. Guyon, je considère ce complément d'intervention comme tout à fait rationnel, et le beau succès obtenu par MM. Chambrelent et Pousson vient lui donner un premier et puissant appui.

Nos confrères ne m'en voudront pas de dire que si leur travail était intitulé: *De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement de l'anurie chez les femmes atteintes d'accès éclamptiques*, je n'aurais absolument qu'à leur adresser de vives et sincères félicitations. Et j'ai assez confiance dans leur sens clinique pour espérer qu'ils partageront ma manière de voir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

RAPPORT AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE LISBONNE

Par **A. BROCA**, agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

La tâche qui m'incombe, parmi les rapporteurs chargés d'étudier devant vous la tuberculose abdominale, est de vous exposer où en est le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse; et ce rapport vient à son heure, à un moment où la question a depuis peu changé de face.

Car si, il y a cinq ou six ans encore, nous avions eu à discuter ce sujet, nul doute que la presque unanimité des médecins comme des chirurgiens ne se fût en principe prononcée en faveur d'une thérapeutique à peu près exclusivement chirurgicale. C'est ce qui se passa à l'avant-dernière réunion de notre Société, en 1900, à Paris.

Quelques-uns, toutefois, faisaient déjà des réserves, et ceux-là ont eu gain de cause, ont réussi à rendre aux médecins, au moins en partie, un domaine qu'ils semblaient avoir perdu pour toujours. J'estime qu'en cela il y a une grande part de vérité, et ce que j'aurai à dire, chemin faisant, de ma pratique personnelle prouvera que je n'ai jamais été, même il y a quinze ans, un opérateur outrancier. Je n'en serai que plus à l'aise pour soutenir que la réaction actuelle dépasse le but, et qu'après avoir abusé de la chirurgie, on a maintenant tendance à abuser de la médecine.

A jouer ainsi le rôle d'arbitre entre deux partis également extrêmes, on risque, sans doute, de ne pas contenter grand monde, mais là me paraît, dans l'espèce, être la vérité.

I

Je ne vous ferai pas l'injure de vous rappeler, tant la chose est devenue de connaissance banale, comment a pris naissance le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, à la suite d'erreurs de diagnostic,

dont la plus célèbre est celle de Spencer Wells, opérant, en 1862, une ascite tuberculeuse enkystée prise pour un kyste de l'ovaire. Ces erreurs — dont l'ère n'est pas close — nous ont appris que l'on pouvait obtenir ainsi des succès tout à fait inattendus, et que même les patients, opératoirement guéris, pouvaient bénéficier d'une longue survie, avec disparition des accidents abdominaux. Ce fut le cas pour la malade de Spencer Wells : en 1887, Kümmel (1) la comptait, dans un relevé statistique, comme vivante et bien portante.

A cette époque, le débat était ouvert depuis trois ans : en 1884 König, à propos de trois cas personnels, avait déclaré qu'en principe le traitement de la péritonite tuberculeuse devait être chirurgical. Et si, pendant quelques années encore, les erreurs de diagnostic continuèrent à être le principal aliment des statisticiens, vite commencèrent les laparotomies systématiques, en sorte qu'en dix ans, de 1884 à 1893 — et surtout à partir de 1887 — les faits se multiplièrent : les relevés de Maurange (1889) portent sur 71 cas ; ceux de König (1890) sur 131 ; ceux d'Aldibert (1892) sur 322 ; ceux de Rœrsch (1893) sur 358 (2).

Je m'en tiens là pour énumérer ces travaux de compilation, thèses ou mémoires, dont, pendant quelques années, fut riche la littérature médicale de chaque pays : tous les résultats furent à peu près concordants pour nous renseigner sur les deux choses que nous avions alors à juger, la gravité opératoire de la laparotomie et l'avenir des malades ayant subi sans dommage immédiat le contact du chirurgien.

A prendre en bloc les relevés de Rœrsch, nous y trouvons 83 morts, soit en chiffres ronds 23 p. 100. Mais il est juste d'expliquer un peu ces

---

(1) Kümmel (Réun. de la Soc. all. de chir., 1887), *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1888, t. XXXVII, p. 583.

(2) Pour ne pas répéter une bibliographie connue, je renvoie sur ce point aux travaux suivants : Maurange, *Th. de doct.*, Paris, 1888-89, n° 377 ; Aldibert, *Th. de doct.*, Paris, 1891-92, n° 139 ; Roersch, *Revue de chirurgie*, Paris, 1893, n° 7, p. 529 ; Maurange, *la Péritonite tuberculeuse* (Encyclopédie des aide-mémoire), Paris, G. Masson, 1897. On trouvera dans ces publications françaises une bibliographie étrangère très complète, jusqu'en 1897. Les thèses françaises à l'aide desquelles pourra être établie la bibliographie depuis cette date sont citées au cours de ce rapport.

Pour compléter cette documentation, j'énumérerai quelques travaux étrangers, pour la plupart allemands : Crile, *Ann. of Gynec.*, 1899, p. 804 ; Herzfeld, *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir*, 1899, t. V, fasc. 2, p. 184 ; Frank, *ibid.*, 1900, t. VI, p. 97 ; Larsen, *Hosp. tid.*, Copenhague, 1900, p. 1145 ; Pagenstecher, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1902, t. LXVII, p. 208 ; Friedlænder, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1903, t. LXX, p. 188 ; Köppen, *ibid.*, t. LXIX, fasc. 4, p. 188. On pourra encore consulter les thèses suivantes des Universités allemandes : M. Rappaport, Leipzig, 1900 ; K. Frick, Leipzig, 1901 ; Bartz, Leipzig, 1901 (résultats éloignés) ; J.-V. Krencki, Königsberg, 1902 ; C. Giuldjides, Munich, 1902 ; R. Mohrmann, Göttingue, 1903 ; M. Samoïlow, Berlin, 1903.

chiffres, car si 32 des opérés ont succombé à la péritonite aiguë, au collapsus, 51 autres ont été emportés plus ou moins tard, par les progrès naturels du mal, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, sans s'être rétablis assez pour quitter l'hôpital. Peut-être pourra-t-on craindre que chez quelques-uns d'entre eux la laparotomie n'ait hâté la marche de la péritonite tuberculeuse ; mais même s'il en fut ainsi, chose impossible à prouver, on ne saurait parler, à vrai dire, de mortalité opératoire, et celle-ci doit être supputée à un peu moins de 9 p. 100.

Ce n'est pas beaucoup pour une affection grave par elle-même ; et encore est-ce accru par une hardiesse trop grande des chirurgiens qui, au début, se sont parfois laissé aller à opérer le « tout venant », y compris des malades cachectisés ou atteints de tuberculose aiguë ; la léthalité devient minime si l'on n'opère qu'en posant les indications que je vais énumérer dans la suite de ce rapport, et, pour mon compte personnel, je n'ai perdu aucun malade par accident post-opératoire.

De la mortalité opératoire on ne peut donc tirer argument, et l'unique question est d'établir ce que deviennent les survivants de la première heure : y a-t-il des guérisons définitives, et quelle est leur proportion ?

Y a-t-il des guérisons définitives ? Les constatations cliniques et anatomiques nous permettent d'être affirmatifs. Les malades sont nombreux que l'on a observés à longue échéance, et, quoi qu'on en ait pu dire — j'y reviendrai — une statistique clinique est à cet égard de valeur réelle. Certes, toute objection tomberait bien mieux si toujours avaient été pratiqués les examens histologique et bactériologique des tissus morbides, des liquides exsudés, et nous devons reconnaître que ces renseignements irréfutables font souvent défaut ; mais ils nous sont fournis assez souvent pour que soit incontestable la possibilité de la cure dans des cas où la tuberculose est scientifiquement hors de doute ; et notre instruction clinique est suffisante pour que nous dressions une statistique assez exacte, surtout depuis que les chirurgiens, ouvrant largement le ventre, ont vérifié *de visu* l'aspect des lésions péritonéales. Les relevés médicaux, d'ailleurs, sont privés, naturellement, de ce dernier ordre de preuves, comme de l'histologie, et d'autre part les cas étudiés bactériologiquement y sont encore plus rares, parce que seuls y conviennent ceux où l'on peut obtenir par ponction du liquide ascitique.

Si donc des erreurs de diagnostic faussent les statistiques des chirurgiens, si donc des péritonites chroniques non tuberculeuses viennent,

comme on l'a prétendu, les améliorer, l'argument vaut, et plus encore, pour les statistiques médicales où l'on n'a même pas eu le contrôle de l'œil nu.

Et les chirurgiens, dans leurs assertions, ont encore l'avantage par les cas où ils ont *vu*, plus ou moins longtemps après une laparotomie curatrice, le péritoine de leurs malades. L'autopsie à date éloignée, après mort accidentelle, est, comme pour eux, au pouvoir des médecins, quoique, dans les mémoires médicaux que j'ai consultés, je n'aie pas lu d'observations analogues à celles où l'autopsie fut pratiquée par Hirschberg au bout de huit mois, par Ahlfeld au bout d'un an et demi ; je passe sous silence une autopsie plus précoce, où Picqué n'a constaté qu'une diminution considérable des lésions, et je ne signale que celles où le péritoine a été trouvé sain.

Mais les faits propres aux chirurgiens sont ceux où le ventre du malade, vivant et bien portant, a été ouvert de nouveau, à échéance plus ou moins lointaine, soit pour une éventration consécutive à la première laparotomie, soit pour un autre motif (1). Ainsi Clarke pratiqua l'ovariotomie à une de ses opérées dix-huit mois plus tard ; des éventrations furent recousues par Richelot, Poncet, Knaggs, etc., et au bout de 1 an, 2 ans, 5 ans et demi la séreuse apparut lisse, un peu épaissie et congestionnée, mais sans granulations, sans masses fibro-caséeuses, sans ascite, sans adhérences, toutes lésions vues cependant lors de l'intervention première. Parmi ces faits, je signalerai en particulier ceux de Poncet, de Richelot : celui de Poncet, parce qu'un examen histologique et bactériologique de Courmont le rend particulièrement clair ; celui de Richelot, parce que, après une laparotomie pour ascite pratiquée par Richelot, une seconde incision avait conduit Labbé sur des lésions qui ressemblaient alors à de la carcinose diffuse, et qu'enfin tout était guéri quand fut opérée l'éventration consécutive. On trouvera d'assez nombreux faits de cette nature réunis dans la thèse de Beaussenat (Lyon, 1892-93) et dans un mémoire de Jordan (2).

Je n'ignore pas qu'à ces vérifications chirurgicales certains médecins ont objecté qu'on ne voit pas tout le ventre, tous les replis et recoins du péritoine. Il y a mauvaise grâce à réfuter de pareilles pauvretés, quand on songe qu'elles nous viennent de gens réduits, pour toute exploration,

(1) KNAGGS, CLARKE, *Transactions of the clin. Soc.*, London, 1893, t. XXVI, p. 18.
(2) JORDAN, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1893, t. XIII, fasc. 3, p. 760. Voyez un cas plus récent de MAX NASSAUER, *Münch. med. Woch.*, 1898, n° 16, p. 482.

pour toute vérification, à la palpation du ventre; et je me hâte d'ajouter que la grande majorité des médecins ne dit rien de semblable.

J'ai seulement voulu faire voir que nos statistiques sont plus encore à l'abri des erreurs que celles des médecins, soit par le diagnostic initial, soit par l'étude de l'évolution à longue échéance. Dès lors nous sommes en droit de faire fonds sur les résultats éloignés qu'elles nous enseignent, et d'admettre que 35 p. 100 environ des malades opératoirement guéris sont en bonne santé après deux ans ou plus; ou, si l'on préfère, environ 30 p. 100 des opérés, comptés en bloc. Les statistiques les plus récentes nous conduisent à la même conclusion; et si celle de Wyder, en 1900, est un peu meilleure, avec 11 survies de 1 à 10 ans sur 23 opérés, en voici une autre de Guelliot (1) qui, en 1904, publia ses 9 cas personnels avec 1 mort au quatrième jour (tuberculose aiguë), 1 mort au bout de 1 mois; 7 guérisons opératoires avec 3 morts par tuberculose intestinale (1 cas) et pulmonaire (2 cas), après 3 mois à 2 ans, 3 survies avec belle santé au bout de 18 mois, 7 ans et 10 ans.

Dans cela, il y aura encore un déchet certain, car à toute époque la phtisie menace ces réchappés, en sorte que nous aurions tort d'exagérer notre puissance d'action. Mais toutes les tuberculoses locales en sont là, et pour celles qui, par elles-mêmes, peuvent être mortelles, un tiers de succès définitifs, autant que ce mot soit dans l'espèce applicable, est déjà une proportion fort encourageante; surtout si, envisageant la question d'un autre point de vue, on porte à l'actif de la chirurgie les opérés qui meurent au bout d'un temps variable par tuberculose pulmonaire, sans que rien d'anormal soit survenu dans le péritoine resté guéri.

Et pendant ce temps, que nous donnait la médecine? Omettons le pronostic fatal porté à l'époque où, après la remarquable description de Grisolle, on ne connaissait guère cliniquement que les formes les plus graves; passons sur les faits épars de guérison relatés dans divers travaux, par exemple en 1885 dans l'importante thèse de Boulland (2), et prenons la statistique intégrale des cas soignés à Lyon par Perroud, de 1875 à 1886, telle que nous la trouvons en 1890 dans la thèse de Pic (3). A cette époque, justement celle où le traitement chirurgical a pris naissance, puis essor, voici la mortalité :

(1) Guelliot, *Un. méd. du Nord-Est*, Reims, 16 janvier 1904, p. 134.
(2) Boulland, *Th. de doct.*, Paris, 1884-85, n° 175.
(3) Pic, *Th. de doct.*, Lyon, 1890-91, n° 542.

Forme granulique.	100	p. 100
— ulcéreuse.	70	—
— sèche	58	—
— suppurée	82,37	—
— fibreuse sèche	14,28	—
— — ascitique	19,05	—

Faisons abstraction, pour le moment, des diverses formes — dont ce tableau nous montre cependant le pronostic si variable — que nous aurons à passer en revue pour établir les indications propres à chacune d'elles, et opposons bloc à bloc : nous avons une mortalité globale de 50 p. 100, mais cela signifie seulement que 50 p. 100 des malades ne sont pas morts à l'hôpital; cela correspond donc aux 23 p. 100 de la statistique globale de Rœrsch. Et que sont devenus les 50 p. 100 de privilégiés ?

14 p. 100 n'ont pu être revus;

32 p. 100 ne furent qu'améliorés ;

4 p. 100 seulement ont bénéficié d'une guérison définitive, toutes réserves faites, comme pour les cas chirurgicaux, sur la possibilité, même très tardive, d'une atteinte pulmonaire.

De bloc à bloc l'avantage était donc, de beaucoup et de toutes parts, au bloc chirurgical, et l'on ne saurait être surpris que vers 1892 la plupart des chirurgiens, même les plus sensés et les plus modérés, considérassent que presque toutes les péritonites tuberculeuses fussent du ressort chirurgical ; et encore en 1900, nous trouvons cette opinion à peu près exprimée par des hommes aussi pondérés que Duplay (1), que Kocher (2).

A cette époque, toutefois, a commencé une réaction évidente, et en partie justifiée, dont nous voyons les effets en mai 1902, à la réunion annuelle, à Boston, de la Société américaine de pédiatrie; et tandis que Caillé, soutenant ses conclusions de 1900 (3), est resté opérateur, Koplik a déclaré que les résultats des deux méthodes se valaient, Jacobi et Miller affirmant qu'il était préférable de ne pas opérer.

Je prends cette discussion comme exemple, parce qu'elle résume les

(1) S. Duplay, *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1900, p. 150.

(2) G. Lauper (*Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1901, t. LIX, p. 281) publie la statistique de Kocher. Cependant, sur 22 cas, 8 (dont 4 eurent une évolution bénigne) ne furent pas opérés.

(3) Caillé, *Arch. of pediatrics*, New-York, juin 1900, t. XVII, p. 401.

trois tendances qui se sont manifestées, parce qu'elle nous montre combien, en 5 ou 6 ans, la thérapeutique médicale a regagné de terrain ; dans tous les pays en même temps, l'évolution a été la même.

Regagné, le mot n'est pas juste, car les chirurgiens s'étaient installés sur une lande inculte, s'étaient attaqués à des patients jusqu'alors considérés comme incurables, ou à peu près. Mais quand, examinant scientifiquement les faits, on s'est demandé quel était le mode d'action de la laparotomie, on a été incapable de le préciser, en sorte que les médecins, sceptiques, se sont de leur côté mis à l'œuvre, persuadés qu'ils réussiraient aussi bien.

II

Chez les malades opérés par suite d'erreur de diagnostic, la plupart du temps le chirurgien n'avait fait que recoudre le ventre après exploration inutile ; et les succès furent aussi nombreux, aussi durables que ceux des opérateurs qui, connaissant la nature de la lésion, cherchèrent à assainir la séreuse malade par des lavages aseptiques ou antiseptiques — tous les antiseptiques faibles y ont passé — ou par un saupoudrage à l'iodoforme. Si bien que presque tous les chirurgiens en sont venus à préconiser la laparotomie simple, sans aucun topique solide ou liquide, à évacuer le liquide ascitique, s'en rapportant, pour le surplus, à l'irritation par l'air, la lumière, le trauma. Et comment agit tout cela : irritation substitutive à évolution fibreuse ? Congestion vasculaire et phagocytose ? Exsudation de sérosité fraîche fortement bactéricide ? Dans toutes ces inconnues, il y avait de quoi donner du courage aux médecins : d'abord ils se sont armés de leur instrument favori, le trocart, pour vider les ascites et injecter des substances modificatrices — eau simple ou boriquée, air, eau oxygénée, naphtol camphré ; plus près de nous, ils ont fait appel aux rayons X (1). Et ils ont obtenu des succès autrefois inconnus, analogues à ceux des chirurgiens.

Mais on n'a pas tardé à se rendre compte que ces moyens physiques

(1) Voir, par exemple, un fait de E. Ausset et Bédard, *Echo méd. du Nord*, Lille, 1898, n° 48, p. 555. Fille de 9 ans ; le 22 sept. 1897, ponction ; le 26 nov., laparotomie par Folet ; le 11 janvier, ponction, lavements créosotés. Malgré cela aggravation, gâteaux indurés. A partir du 7 mars, radiothérapie, tout autre traitement étant cessé ; 10 séances en mars, semble guérie en mai, les séances ayant été continuées jusqu'en juillet (Observation publiée en décembre).

étaient, en somme, accessoires, et il semble bien — ainsi que pour les chirurgiens, il est vrai — qu'une part considérable d'efficacité revienne au cours de ces traitements à la médecine proprement dite et à l'hygiène.

Car des médications pharmaceutiques on aurait tort d'abuser, et par exemple je crois douteux que, malgré les efforts de Thomas (de Genève), les lavements créosotés trouvent ici une indication spéciale. Mais l'avantage fut grand de donner à ces malades le repos et l'aération nécessaires, de traiter soit leur diarrhée, soit leur constipation, de leur prescrire une alimentation à la fois substantielle et possible à digérer, à les diriger, après amélioration obtenue à l'hôpital, sur des stations climatériques ou maritimes, à la campagne, à Salies-de-Béarn. Autrefois, on jetait le manche après la cognée, on négligeait ces malades réputés incurables, qu'on ne recevait même pas à l'hôpital sans protester contre l'encombrement des salles. Ils ont bénéficié de l'attention dont on les a jugés dignes.

Pour eux, le séjour à l'hôpital, malgré toutes ses défectuosités, est déjà souvent un progrès. Ils sont souvent atteints à cause de la dénutrition, due à une habitation sans lumière et sans air, à une alimentation que la misère rend insuffisante. Et je reconnais que certains succès chirurgicaux s'expliquent par les soins médicaux dont les sujets sont entourés après l'opération. Toujours persuadé de cette vérité et désireux, en outre, de diminuer le plus possible l'état habituel de déchéance de ces malades au moment où ils se présentent à l'hôpital, jamais je ne les ai opérés, même pas en 1892, avant de leur avoir donné d'abord le repos et la nourriture dont ils avaient tant besoin ; et souvent déjà — sans qu'il me soit possible de fixer une proportion statistique — j'en ai vu s'améliorer au point que l'opération devenait inutile.

Ainsi nous avons tous appris, qu'à côté de la forme fatale décrite par Grisolle, il en existait d'autres plus bénignes, curables, parfois même assez facilement. Le type de celles-là est l'ascite jadis dite essentielle, sur laquelle j'aurai à revenir, mais elle n'est pas seule, chez l'enfant surtout, dont j'ai personnellement plus grande expérience. En 1897, dans sa thèse inaugurale, Lévi-Sirugue a étudié expérimentalement ces formes curables et leur processus de guérison spontanée.

Mais il n'avait pas été nécessaire d'attendre jusque-là : dès 1891, un chirurgien, Lindner, avait dit à ses collègues de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, qu'avant de porter un jugement absolu, il fallait se souvenir des formes spontanément curables. Et, de fait, on n'a pas

tardé à voir guérir des malades qui avaient refusé la laparotomie proposée. Peu à peu, ces idées ont fait leur chemin, et, dans tous les pays, les médecins ont eu tendance à affirmer qu'une péritonite tuberculeuse avait plus de chances de guérir entre leurs mains qu'entre celles des chirurgiens.

En France (1), Sevestre, Comby, Méry, Haushalter, ont publié ou fait publier des observations par leurs élèves : Alleaume, Grange, A. Martin, R. Gœpfert, surtout en faveur du séjour au bord de la mer. En Allemagne, Rose a donné un relevé de 52 cas soignés médicalement par Naunyn, avec un tiers de guérisons (2). En Amérique, Guthrie (3), sur 41 cas, a compté : 14 opérés avec 7 morts; 27 non opérés avec 4 morts seulement, que, d'après l'autopsie, la laparotomie n'aurait pu prévenir. Et cette statistique a converti Sutherland, jusqu'alors partisan de l'opération.

Parti presque de 0, le pourcentage des guérisons s'est élevé, par le perfectionnement des soins médicaux, à 50 p. 100 d'abord, et même il semble pouvoir, d'après certaines statistiques toutes récentes, être coté à 80, à 85 p. 100, c'est-à-dire au même taux que pour les cas chirurgicaux.

Mais de tous ces raisonnements en bloc la signification est mince ; dans toutes les séries, la proportion des malades suivis trop peu ou pas du tout est assez haute pour vicier les résultats, et par exemple, si je prends la thèse récente de Martin, élève de Méry, je n'y trouve pas d'observations probantes à longue échéance, même parmi celles des malades soignés à Berck. Aux chirurgiens on demande, pour être convaincu, des années de survie, c'est à peine si on se contente de trois ans ; et pour leur propre compte les médecins alignent des malades suivis pendant six et même trois mois. Encore, parmi ces malades, en trouve-t-on qui ont d'abord subi la laparotomie et ont été traités médicalement à cause d'une récidive : et l'on se refuse, dans leur bilan, à établir la part qui peut appartenir à la chirurgie.

Or, avec les observations à court terme, on n'arrive à rien de sérieux. Je me souviens, par exemple, d'une fille de 8 ans, que je reçus dans mon service pour une ascite tuberculeuse ; je la mis en observation, et vite le

(1) On trouvera les éléments de cette bibliographie dans les *thèses de doctorat* de Paris : ALLEAUME, 1893-94, n° 422 ; GRANGE, 1901-1902, n° 352 ; A. MARTIN, 1903-1904, n° 323 ; dans le mémoire de R. GŒPFERT, *Arch. de méd. des enf.*, Paris, 1904, pp. 467 et 513.

(2) ROSE, *Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1901, t. VIII, p. 11.

(3) GUTHRIE, *Arch. of pediatrics*, New-York, avril 1903, p. 241.

liquide se résorba, après quoi je sentis des masses noueuses, probablement épiploïques. Peu à peu tout s'arrangea, et il n'y avait presque plus rien dans le ventre lorsque, trois mois plus tard, l'enfant partit pour Berck ; et elle en revint six mois après, tout à fait guérie semblait-il : vaine illusion, car au bout d'un an on me la ramenait cachectique, avec des lésions pulmonaires avancées et un gros ventre incurable. Pendant six mois, j'aurais pu croire au succès.

Voilà pourquoi j'estime que, sur certains points, les assertions des médecins sont à contrôler. Nous devons accorder qu'il y a dix ans on a trop opéré, les médecins étant d'ailleurs les premiers à se déclarer alors impuissants. Mais il est erroné d'affirmer, comme certains tendent à le faire, que les chirurgiens n'ont plus rien à voir ici, hors certaines complications rares. La vérité, je le répète, est entre les deux extrêmes, et nous devons chercher les indications respectives de deux méthodes qui, en réalité, se complètent et ne s'excluent point.

III

Si nous voulons poser des indications générales de pronostic et de traitement, en médecine comme en chirurgie, notre premier soin doit être de distinguer deux ordres de faits : ceux où le péritoine est seul pris ; ceux, au contraire, où existent en même temps des lésions généralisées, ou plutôt disséminées, aiguës, subaiguës ou chroniques.

Ce diagnostic est assez facile, par l'examen du poumon, dans les formes subaiguës ou chroniques. Il est plus malaisé, parfois, pour les aiguës, lorsque la symptomatologie abdominale est prédominante, presque exclusive même, en sorte qu'on a pu se demander s'il n'y a pas des granulies limitées au péritoine.

D'une manière générale, nous devons répondre par la négative, car les quelques tentatives chirurgicales risquées dans ces conditions ont été suivies de mort rapide : on en trouvera, par exemple, deux dans les relevés d'Aldibert (1).

Ce n'est pas à dire, cependant, que la fièvre persistante soit l'indice absolu d'une granulie fatale, mais sur les malades fébricitants et atteints d'ascite une observation attentive et relativement prolongée sera indispensable pour déterminer si le péritoine seul est en cause.

(1) Voyez plus loin les opinions de Borchgrevink sur les ascites avec fièvre.

En juin 1900, par exemple, chez un garçon que je soignais depuis assez longtemps déjà pour deux points d'ostéite tuberculeuse, j'ai vu se former une ascite, avec fièvre vive le soir, entre 39° et 40°, à rémission matinale complète, et seulement lorsque j'eus constaté que cela durait depuis un mois environ, sans autres accidents granuliques, je me décidai à opérer ; ce qui fit tout de suite tomber la fièvre et procura une guérison complète des lésions abdominales. En novembre 1903, malheureusement, l'enfant succomba à un mal de Pott, le ventre, d'ailleurs, étant resté hors de cause.

Voici donc un cas où — mettant à part maintenant la discussion clinique sur une granulie possible — il m'a paru utile d'opérer, quoique le sujet ait déjà souffert d'une lésion tuberculeuse ; quoique, par conséquent, on ne pût pas parler, au sens absolu du terme, d'une tuberculose tout à fait limitée au péritoine. Et si l'on parcourt les observations, on en trouve quelques autres analogues, ce qui prouve seulement une fois de plus que plusieurs tuberculoses chirurgicales, c'est-à-dire externes, peuvent s'associer ou se succéder sans que pour cela le cas soit opératoirement désespéré.

Aux lésions pulmonaires seules (1) s'applique donc, en réalité, la loi d'abstention, si la péritonite accompagne une tuberculose généralisée, et encore faut-il faire ici une réserve, en posant la question comme Ollier l'a posée pour les tuberculoses ostéo-articulaires. Car on ne peut admettre, avec Spaeth, par exemple, que toute altération du poumon soit une contre-indication opératoire. Ainsi Chrobak — dont la statistique est publiée par V. von Machthorn (2) — sur 19 femmes opérées en compte 11 qui avaient à ce moment des lésions pulmonaires ; toutes ont guéri opératoirement, 6 n'ont pas été suivies à longue échéance, 2 survivent depuis plus de deux ans, 3 seulement sont mortes phtisiques plus tard.

Il semble, quoique les faits ne soient pas nettement observés sur ce

---

(1) Il va sans dire qu'il ne s'agit que de lésions assez avancées pour être cliniquement connues, et que je ne soulève pas la question de savoir en quelle proportion existe dans d'autres organes, dans le poumon et la plèvre en particulier, ou dans les ganglions trachéo-bronchiques, un foyer qui pourrait avoir été la porte d'entrée de l'inoculation. D'après BORSCHKE, par exemple (*Arch. f. path., An. u. Phys.*, Berlin, 1892, t. CXXVII, fasc. 1, p. 121), sur 226 cas le péritoine se serait infecté 200 fois à la suite d'un ancien foyer pulmonaire réveillé ; l'auteur n'a pas trouvé un seul cas probant de métastase péritonéale à la suite d'une autre tuberculose chirurgicale. Il y avait 6 fois lésion exclusivement pleuro-péritonéale, 2 fois exclusivement péritonéale. Jamais l'intestin n'a pu être mis en cause.

(2) VALENTA VON MACHTHORN, *Wien. klin. Woch.*, 1897, n° 9, p. 206.

point, que l'on doive distinguer deux ordres de cas, selon que les lésions pulmonaires sont préalables et graves ou secondaires et légères; ces dernières ne seraient pas une contre-indication, seraient, au contraire, améliorées par la guérison de la péritonite.

Et déjà Grisolle a fait voir que les malades atteints de péritonite tuberculeuse ont volontiers, pendant longtemps, les poumons intacts, ou à peu près. Comme nous disons aujourd'hui, c'est une forme relativement fréquente de tuberculose locale.

Expression grossièrement approximative, sans doute, car depuis longtemps Godelier a posé en loi qu'avec le péritoine sont toujours compromises une ou les deux plèvres ; et la forme pleuro-péritonéale de la péritonite tuberculeuse a donné naissance, plus près de nous, aux travaux de Fernet, de ses élèves Boulland (1885), Lasserre (1894). De là des discussions, sans intérêt chirurgical, pour savoir où est le point d'origine, à la plèvre ou au péritoine. De là, aussi, un fait clinique des plus importants en pratique, des frottements pleuraux à une base ou aux deux étant un argument capital en faveur de la tuberculose lorsque la nature d'une ascite est douteuse; fait beaucoup plus intéressant chez l'adulte, où souvent interviennent le foie et le cœur, que chez l'enfant où, dans le doute, on doit en principe admettre que l'ascite est tuberculeuse. Mais ces frottements pleuraux ne signifient point que la tuberculose péritonéale ne soit pas locale au sens chirurgical du terme.

Je n'insisterai pas davantage sur cette discussion, toujours la même, quelle que soit la tuberculose chirurgicale étudiée, et j'arrive aux indications locales propres à chaque cas, telles que nous les pouvons tirer de nos connaissances sur l'évolution anatomo-pathologique de la tuberculose péritonéale.

IV

Deux mots, d'abord, sur cette évolution, sur l'ensemble des altérations spécifiques et non spécifiques qui caractérisent la tuberculose péritonéale, c'est-à-dire sur le tubercule lui-même et sur la réaction inflammatoire qu'il provoque autour de lui.

Cette réaction inflammatoire, avec formation de tissu fibreux et épanchement de liquide ascitique, est à vrai dire une défense de l'organisme contre le bacille. Elle est d'ordinaire fort peu marquée autour des

granulations grises, de forme miliaire, enchâssées à profondeur variable dans la séreuse qui en est criblée; et dans ces cas, qui sont presque toujours de la granulie, la rougeur du péritoine à l'œil nu est nulle ou à peu près, l'épanchement ascitique est rare.

Y a-t-il de ces cas sans réaction inflammatoire défensive où le péritoine seul soit touché ? Nous ne sommes guère en état de le dire. Car chez les malades opérés nous intervenons précisément en raison de ces phénomènes de réaction, soit pour évacuer du liquide, soit pour sectionner une bride qui cause de l'occlusion intestinale. Dans ces conditions, il nous arrive de voir un péritoine pariétal et viscéral blanc et lisse parsemé de petites granulations dures et grises, sans inflammation appréciable à l'œil nu. Il en était ainsi, par exemple, chez un garçon que j'ai opéré d'occlusion par bride, sans ascite : mais la bride à elle seule est d'ordre réactionnel, inflammatoire.

La plupart du temps, il est vrai, la réaction est plus accentuée, en même temps que, avec une intensité des plus variables, le tubercule spécifique marche plus ou moins vite vers la caséification.

Dans certaines formes sèches — et capables de le rester jusqu'au bout — le péritoine est dépoli, poisseux à la surface, congestionné parfois jusqu'à l'ecchymose, recouvert de quelques exsudats fibrineux. L'opération, alors, est rarement indiquée, sauf dans le cas un peu spécial où les lésions occupent le canal péritonéo-vaginal et, constatées au cours d'une opération pour cure radicale de hernie, ont pu ainsi être étudiées histologiquement après ablation du sac (1).

L'anatomie pathologique est à peu près la même dans la plupart des péritonites avec ascite, la paroi séreuse étant épaissie, rouge, tomenteuse, visqueuse et glissante, douce à toucher comme du velours, sans que l'on puisse voir ou sentir sur le péritoine pariétal de granulations tuberculeuses, celles-ci apparaissant toutefois sur les parois intestinales.

Nous assistons là aux degrés initiaux de la variété fibro-caséeuse, où les fongosités plus ou moins dégénérées occupent tout le péritoine pariétal et viscéral, où se forment, par réaction inflammatoire, des adhérences, des fausses membranes plus ou moins épaisses, plus ou moins solides, plus ou moins infiltrées elles-mêmes de granulations, de masses caséeuses,

(1) J'ai fait publier 14 cas de cette espèce par mon élève R. Petit, *Revue de la tub.*, Paris, 1898, p. 219. On trouvera dans ce mémoire : une description histologique de ces formes ; plusieurs observations avec guérison à longue échéance ; quelques faits d'inoculation péritonéale d'origine épididymaire. Pour des cas de ce genre avec ascite, voyez A. Broca, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 février 1905, p. 94.

de petits abcès; d'où, entre elles et les viscères, des loges contenant plus ou moins de liquide séreux, purulent ou hémorragique. Et cela nous mène aux abcès froids, aux ascites enkystées, aux épaississements du grand épiploon, aux agglutinations intestinales, aux adénopathies mésentériques de la forme fibro-caséeuse classique, avancée.

Au milieu de tout cela, que deviennent les viscères sous-jacents? Sont-ils malades et, s'ils le sont, est-ce primitivement ou secondairement? Quel est, d'autre part, le rôle de leurs altérations dans la symptomatologie? Questions qui, il est vrai, n'ont pour le chirurgien qu'un intérêt accessoire, car il nous suffit de savoir, indépendamment de toute idée pathogénique, si les viscères sont en assez bon état pour que le patient supporte une laparotomie; si, d'autre part, ils ne sont pas atteints de lésions qui, pour leur propre compte, exigent un traitement chirurgical.

Aussi ferons-nous bon marché de certaines discussions avant tout théoriques, par exemple sur le rôle — peu probable d'ailleurs — d'altérations cirrhotiques du foie dans la genèse de l'ascite, au lieu d'invoquer l'irritation péritonéale; sur l'origine de la tuberculose séreuse dans des lésions intestinales auxquelles König, par exemple, semble avoir cru à tort. Dans les cas où la cachexie n'est pas telle que toute opération soit inadmissible, les viscères ont coutume d'être en bon état, et nous nous contentons de cette donnée.

Quant à certaines lésions localisées, originelles, que le chirurgien aura parfois à traiter par l'exérèse, celles-là doivent nous arrêter un instant, et nous avons besoin de connaître, aussi bien en clinique qu'en anatomie pathologique, les péritonites limitées, fibreuses ou caséeuses, sèches ou ascitiques, qui se développent autour du cæcum ou des organes génitaux internes devenus tuberculeux. De cela nous allons nous occuper dans un instant, à propos des indications chirurgicales qui en résultent. Un mot, cependant, sur les lésions génitales, pas très rares, et expliquant la fréquence plus grande des cas opérés dans le sexe féminin.

Sur ce point, toutes les statistiques chirurgicales sont en effet concordantes; les femmes y sont 70 p. 100 au moins, avec prédominance surtout chez l'adulte. Cela ne veut pas dire qu'il y ait une semblable fréquence d'origine par tuberculose tubo-ovarienne, et il est bizarre que le pourcentage relatif des deux sexes soit tout à fait différent dans les relevés d'autopsies faits à l'hôpital sur des sujets non opérés (1).

---

(1) Voyez en particulier le relevé de König, en 1890 : sur 131 cas opérés il compte

Le motif en est que cette forme tubo-ovarienne est, cliniquement et anatomiquement, une de celles qui se prêtent le mieux à la chirurgie. Et aussi en ce que chez la femme surtout et dans cette forme ont lieu des erreurs de diagnostic au bout desquelles est une opération.

Ces faits ne s'observent guère que chez la femme adulte, quoique certains auteurs, par exemple Péron, Dueñas, Haushalter, Constensoux (1), aient étudié anatomiquement des cas de tuberculose tubo-ovarienne chez des petites filles. Mais il faut ajouter que chez l'enfant masculin ne sont pas tout à fait exceptionnelles — j'en ai vu et publié plusieurs cas — des propagations péritonéales de lésions épididymaires à la faveur d'un canal péritonéo-vaginal anormalement persistant. Si je signale ces faits au passage, je suis loin de leur accorder une importance numérique qu'ils n'ont pas, et je vais dire dans un instant que l'ascite, souvent génitale probablement, est plus fréquente chez les filles que chez les garçons ; mais au total il est à retenir que, dans les statistiques opératoires relatives à des enfants, les deux sexes sont à peu près également représentés.

De ce rapide résumé, ressort qu'il y a une variabilité grande des lésions, de leur localisation, de leur aspect clinique; d'où des formes spéciales, limitées, d'autant plus intéressantes pour le chirurgien qu'à elles surtout appartiennent de fréquentes erreurs de diagnostic. Si nous joignons à cela qu'au cours des formes les plus diverses une complication — l'occlusion intestinale, pour n'en donner qu'un exemple — peut fournir une indication opératoire absolue, on voit combien le sujet est complexe pour déterminer ce qui revient au chirurgien dans chaque variété, dans chaque complication des deux grandes formes ascitique et fibro-caséeuse auxquelles se peuvent rattacher les cas particuliers.

Et d'abord, l'ascite.

V

En 1838, Wolf décrivit, chez les enfants, une forme particulière d'hydropisie-ascite, à laquelle, peu après, Cruveilhier imposa le nom d'ascite essentielle des jeunes filles ; et l'on a renoncé à cette dénomination

---

120 femmes ; tandis que sur le registre d'autopsies de Gœttingue il y a 189 hommes contre 19 femmes.

(1) Cités par R. Goepfert, *loc. cit.*, p. 484. Cf. Boursier, Périt. tuberc. et annexites, *J. de méd. de Bordeaux*, 20 sept. 1902, p. 609 ; Patel, *Soc. des méd. de Lyon*, 4 mars, 1903 ; *Lyon méd.*, t. C, p. 759. Voyez pour l'enfant 3 cas opérés par Schmidt (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1897, t. XLIV, fasc. 3-4, p. 316), chez un garçon (orchite droite) et 2 filles.

pour deux motifs : d'abord, parce que l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une forme de tuberculose, ensuite parce que la maladie, prédominante sans doute chez la fille, existe chez le garçon.

Après un début en général aigu, avec fièvre entre 38° et 39°, après quelques troubles abdominaux vagues, coliques, nausées, parfois vomissements, le ventre se ballonne, puis il s'y accumule un épanchement ascitique libre, à accroissement lent; et la quantité du liquide continue à augmenter après cessation des troubles fonctionnels. Puis deux cas sont possibles : ou bien la résorption a lieu sans trace cliniquement appréciable de lésion abdominale, et c'est alors qu'on parlait autrefois d'ascite essentielle; ou bien, après cloisonnement et résorption partielle du liquide, une banale péritonite fibro-caséeuse évolue; même quand cela n'a pas lieu, la coexistence à peu près constante, aux deux bases, d'une pleurésie légère, sèche ou avec un peu d'épanchement, est depuis longtemps, aux yeux de presque tous, un argument en faveur de la tuberculose.

Depuis longtemps, donc, les cliniciens ont reconnu que certaines de ces ascites marquaient le début d'une péritonite tuberculeuse, et de nos jours les opérateurs, ouvrant le ventre aux malades, ont vu : 1° que les lésions péritonéales étaient toujours celles de la tuberculose sèche, plus ou moins confluente; 2° que la fréquence plus grande chez les petites filles tenait à la possibilité de lésions originelles sur la trompe et l'ovaire (1). Cette origine, d'ailleurs, est loin d'être la seule.

Les premiers examens histologiques, rendus possibles par le prélèvement de pièces au moment des opérations, eurent ce résultat, à première vue paradoxal, d'infirmer, aux yeux de quelques auteurs, les conclusions, à cette époque classiques, sur la nature tuberculeuse de l'ascite des jeunes sujets. Dans ces granulations, qui ressemblaient tant, à l'œil nu, à de la tuberculose, Henoch (2), en 1891, ne trouva que du tissu fibreux, sans bacilles ni cellules géantes, et il partit de là pour proclamer que bon nombre de guérisons chirurgicalement obtenues concernaient des péritonites chroniques simples ; il fut suivi par Filatow et, en 1898, encore par Riedel (3).

Malgré cette tentative pour réhabiliter la péritonite chronique simple, on peut dire qu'aujourd'hui l'ascite essentielle a eu le sort de la pleu-

(1) Bouilly, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, oct. 1893, p. 548, et *Sem. Gynécol.*, 1896, p. 369. On trouvera une bibliographie très complète de la question dans la thèse de Leuret, Paris, 1903-1904, n° 78.

(2) Hénoch, *Soc. méd. Berlin*, 16 novembre 1891 ; *Berl. kl. Woch.*, 1892, p. 37.

(3) Riedel, *Réun. de la Soc. all. de chir.*, 1898; *Arch. f. klin. Chir.*, t. LVII, p. 645.

résie essentielle. Par les inoculations au cobaye, les cultures, le cyto-diagnostic, nous avons eu des preuves qui, jointes à celles des cliniciens, sont plus probantes que certains examens histologiques négatifs, car nous savons que l'absence de bacilles et même de cellules géantes n'est pas rare dans certaines préparations de tuberculoses lentes, fibreuses, des membranes séreuses (1).

L'ascite devient ainsi ce qu'est dans la pleurésie l'épanchement : un mode de réaction inflammatoire autour de lésions bacillaires ; et nous ne serons pas surpris que, comme pour la pleurésie, la résorption du liquide soit fréquente. D'autant que l'histoire des pleurésies séreuses, des hydarthroses tuberculeuses, concorde avec celle de ces prétendues ascites « essentielles », pour nous enseigner que l'épanchement se forme surtout quand la tuberculose atteint les membranes séreuses d'un sujet relativement bien armé pour la résistance.

Nul étonnement donc que, après une laparotomie dans l'espèce sans difficulté, les chirurgiens aient enregistré de nombreuses guérisons immédiates et même définitives ; mais nulle surprise aussi que les médecins se soient vite souvenus que souvent, autrefois, l'ascite des jeunes filles guérissait toute seule et qu'ils aient cherché à favoriser cette évolution par les petits moyens dont ils disposent, plutôt que de livrer leurs patients au bras chirurgical.

En quoi je vais dire qu'ils ont eu en bonne part raison, mais après les avoir mis en garde contre l'emploi du trocart.

Il y a une quinzaine d'années, en effet, pour agir d'abord par soustraction de liquide, on a ponctionné ces ascites, et par la canule on a injecté une substance modificatrice : de vrais lavages ont été faits par Debove (2) à l'eau boriquée, par Riva, Caubet et Baylac à l'eau stérilisée, par Sarda (3) à l'eau oxygénée ; des insufflations de plusieurs litres d'air stérilisé ont été recommandées par Mosetig-Moorhof, puis par Folet (de Lille) (4) ; des injections de naphtol camphré ont été préconisées, à dose de 5 à 10 grammes, par Rendu, Catrin, Spillmann, Grancher (5).

---

(1) Sur ce sujet, voyez les thèses de Péron (Paris, 1895-1896, n° 70), Levi-Sirugue (Paris 1897-1898, n° 194), de Le Damany (Paris, 1897-1898, n° 66).

(2) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 10 octobre 1890, p. 704.

(3) SARDA, *Th. de doct.*, Toulouse, 1900-1901, n° 389.

(4) RENDU, *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 27 oct. 1893, p. 658, et 2 mars 1894, p. 152 ; CATRIN, *ibid.*, 1895, p. 375 ; SPILLMANN, *ibid.*, 1894, p. 611 ; GUIGNABERT, *Th. de doct.*, Paris, 1894-95, n° 140 ; GRANCHER, *Rev. intern. de méd. et chir.*, Paris, 1898, p. 309 ; garçon de 11 ans chez lequel le liquide s'était reproduit après une laparotomie.

(5) P. LE GENDRE, *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 27 octobre 1893, p. 665.

Ce dernier topique me paraît dangereux, malgré l'opinion des auteurs que je viens de citer : Netter a publié un cas de mort et, dès la première communication de Rendu, P. Le Gendre avait mis ses collègues en garde contre la toxicité de ce produit injecté aux animaux dans la plèvre ou le péritoine (1).

Mais si les autres substances modificatrices ne sont pas nuisibles, je les crois inutiles, après ponction aussi bien qu'après laparotomie, et personne n'a prouvé qu'elles fussent plus efficaces que la ponction simple. Ce que je crois dangereux, c'est l'emploi de l'aveugle trocart dans un ventre où l'on n'est jamais sûr qu'il n'y ait pas quelque anse fixée par une adhérence de diagnostic impossible. S'il est indiqué, à un moment donné, de compléter une cure en asséchant le péritoine, ouvrez le ventre, ne le ponctionnez pas.

Ma conclusion est donc que, dans les formes ascitiques, nous ne nous presserons pas d'opérer : d'abord, parce qu'à la période initiale, fébrile, il ne faut pas s'exposer à laparotomiser pour une granulie subaiguë; ensuite, parce qu'à la période d'état la cure médicale est loin d'être rare, enfin parce que des recherches expérimentales, résumées plus loin, prouvent que la précocité de l'incision n'est pas une condition de succès. Aux moyens habituellement mis en œuvre contre la tuberculose, et que j'ai énumérés plus haut, on a ajouté ici, comme susceptibles d'une action locale, les onctions sur le ventre avec l'onguent napolitain, avec le savon noir (2), les badigeonnages de collodion par-dessus une couche de teinture d'iode; le massage, proscrit par Pribram, est cependant adopté par Weinstein, par D. Durante (3).

Quoi qu'on en ait dit, toutefois, même dans cette forme, il persiste des indications opératoires. Nous pouvons négliger les complications urgentes, comme cette oligurie avec phénomènes urémiques qui contraignit Schwartz (4) à évacuer sans tarder une volumineuse ascite chez

(1) Von Mosetig Moorhof, *Wien. med. Presse*, 1893, n° 27, p. 1053. Homme de 20 ans, ponction et injection d'air, pour ascite récidivée 6 semaines après une laparotomie; 6 semaines plus tard, ponction ; 6 semaines plus tard, injection d'air ayant barboté dans une solution phéniquée. L'auteur a fait un premier essai en 1892, sur un garçon de 4 ans, opéré pour lésions épididymaires ; insufflation du péritoine par le canal inguinal. Folet, *Acad. de méd.*, Paris, 18 nov. 1894 (mention au procès-verbal) ; voyez la thèse de son élève Lenoir, Lille, 1895-96, n° 118. Cf. les recherches expérimentales de Teissier (*Congr. de la tub.*, 1898, p. 725) et la thèse de Brial, Bordeaux, 1897-98, n° 71.

(2) Pribram signale dès 1887 cette pratique, que certains auteurs rapportent à Baginsky, 1902.

(3) Pribram, *Prag. med. Woch.*, 1887, p. 580 ; Weinstein, *Wien. med. Blätter*, 1887, n° 1 ; D. Durante, *la Pediatria*, juin 1900, p. 177.

(4) Schwartz, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 25 juin 1890, p. 478 : 1.500 grammes

une femme. Histoire tout à fait exceptionnelle. Mais il y a des malades chez lesquels, la santé restant assez bonne, l'épanchement ne se résorbe pas; j'ai cité plus haut un fait personnel où pendant un bon mois j'observai, avant d'agir, un épanchement stationnaire, avec fièvre à exacerbations vespérales ; j'ai laparotomisé, il y a peu de temps, un garçon attentivement soigné depuis sept ans, et chez lequel, après une amélioration au début très rapide, il persistait une médiocre ascite oscillante, que mon ami Marfan me pria de tarir.

Pour établir, dans cette forme, le parallèle entre les deux méthodes, Borchgrevink (1) nous a fait connaître deux séries de 22 cas, une médicale et une chirurgicale, et il nous dit que de la première 8 malades seulement ont guéri (36,4 p. 100) et 18 de la seconde (81 p. 100). C'est une proportion qui paraîtra, au premier abord, tout à fait surprenante. Mais on remarquera que l'auteur est le premier à distinguer, chez les malades opérés, deux catégories, avec et sans fièvre ; et que sur 11 fébricitants 8 ont succombé. Quant aux malades survivants, l'examen histologique de fragments péritonéaux réséqués a montré que déjà les lésions étaient à une période avancée de guérison. D'où la conclusion — comme je l'ai dit plus haut — qu'on se méfiera des ascites avec fièvre, mais non point qu'on n'a pas rendu service aux opérés guéris.

Les recherches expérimentales nous prouvent, en effet, que l'action régressive de la laparotomie ne se produit pas sur les lésions très jeunes, mais qu'elle est nette sur les tubercules nettement formés sans être encore caséeux. Elle est alors susceptible, soit d'empêcher la caséification, soit d'abréger la cure, et souvent il est bon de faire entrer en ligne de compte le temps et l'argent nécessaires au traitement. Par évacuation franche de l'ascite on peut gagner plusieurs mois et, comme le dit fort justement Bérard (de Lyon) (2), on s'en souviendra quand la résorption sera lente, chez les ouvriers pour lesquels l'importance est grande de gagner du temps.

Mais surtout, dans les cas traînants, on doit se rappeler que la forme fibro-caséeuse débute presque toujours — sinon toujours — par une ascite, et que bien probablement l'action de la laparotomie est grande pour faire évoluer définitivement dans le sens fibreux des lésions qui,

---

d'urine 2 jours après la laparotomie, reproduction de l'ascite sans phénomènes rénaux ; ponction, guérison.

(1) BORCHGREVINK, *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Iéna, 1900, t. VI, p. 434.

(2) BÉRARD, *Bull. méd.*, Paris, 1904, p. 549.

sans elle, passeraient à la caséification. Quand l'ascite dite essentielle guérit médicalement, toutes les observations nous prouvent que le liquide s'y résorbe vite; une résorption lente est une probabilité pour une forme fibro-caséeuse ultérieure, et c'est à ce moment que la laparotomie est indiquée.

Malgré les apparences de la statistique, ancienne déjà, d'Aldibert, on peut affirmer que dans cette forme la laparotomie n'a pas de gravité par elle-même. Elle doit consister en une simple incision (1), petite, sans lavage du péritoine, avec réunion sans drainage. Tous les malades que j'ai soignés ainsi ont guéri, le seul inconvénient étant la possibilité d'une ulcération fongueuse sur la ligne de cicatrice. Sur les 3 décès opératoires comptés par Aldibert (sur 65 cas), je concède qu'il en est un, par péritonite septique, qui peut appartenir, par malheur, à une opération ainsi conduite; mais les deux autres, par perforation intestinale, impliquent soit une maladresse insigne, soit l'existence de lésions adhésives, fibro-caséeuses, dont maintenant je vais m'occuper.

VI

Grisolle nous a laissé de cette forme fréquente et grave une description restée classique. D'ordinaire, après une ascite dont le liquide diminue, puis s'enkyste, le ventre reste gros, sillonné de grosses veines apparentes sous une peau lisse, sèche et tendue, inégale au palper, avec des masses dures et noueuses, des « gâteaux » épiploïques surtout, ayant vers l'ombilic leur siège de prédilection, marquant à la percussion leur place par des zones alternantes et sinueuses de sonorité et de matité, zones que rendent, en outre, variables les changements dans le météorisme des anses adhérentes et dans l'abondance du liquide exsudé. Ces sujets sont gravement menacés ; ils mangent et digèrent mal, sont alternativement pris de constipation et de diarrhée, constipation capable de dégénérer en occlusion chronique, diarrhée qui, à la fin, s'installe chez les cachectiques. Fièvre hectique, poussées subaiguës successives, vomissements, phtisie ultime, rien ne manque, tandis que, se développant de plus en plus, le ventre, énorme, fait contraste avec le reste du corps amaigri.

(1) Malgré une note où Brault (d'Alger) soutient que la laparotomie sus-ombilicale est très préférable, étant plus facile et exposant moins à l'éventration (*Gaz. des hôp.*, Paris, 1898, n° 80, p. 745), à peu près tous les chirurgiens font l'incision sous-ombilicale, d'autant mieux que seule elle permet l'examen des trompes et ovaires.

Que peuvent contre cette évolution, dans bien des cas, médecins ou chirurgiens ? Pas grand'chose, souvent même rien. Les chirurgiens dès l'abord l'ont reconnu, et quoique depuis quelques années on lise çà et là des statistiques médicales où sont guéris, même dans cette forme, tous les malades ou presque tous, je crains qu'il n'y ait en cela une illusion, due en partie, je le répète, à une observation de durée insuffisante. Oui, opérés ou non, certains de ces malades *peuvent* guérir par passage à la forme fibro-adhésive, mais ce n'est pas la règle comme pour la forme ascitique.

Dans quels cas cela devient-il chirurgical? Parfois, assez près du début, quand persiste une ascite notable, mais c'est exceptionnel. Un peu plus souvent, quoique rarement encore, lorsque se collectent entre les adhérences des poches séreuses ou purulentes, qu'il importe d'évacuer ou de drainer pour mettre fin soit à des troubles de compression locale, soit à des accidents fébriles. Malgré quelques guérisons consécutives à la rupture d'une poche suppurée dans l'intestin, je ne crois pas que ce soit bon à attendre : mieux vaut drainer un abcès quand on le diagnostique.

Pour ces abcès froids et mieux encore pour les poches d'ascite enkystée, on songera peut-être à la ponction : méthode dangereuse, car on ne sait jamais au juste où sont les anses intestinales. Chez une femme qui subit trois laparotomies, Montaz (1) constata une fois que, malgré une matité nette à gauche, il y avait là une anse intestinale adhérente ; du liquide se reproduisit encore, et Montaz conseilla de ponctionner, en recommandant de le faire à droite : la malade succomba à une piqûre de l'intestin.

Ces formes généralisées à poches enkystées, de diagnostic presque toujours évident, nous conduisent aux formes localisées, bien plus souvent chirurgicales, soit dans les mêmes conditions que les cas précédents, soit en raison d'assez fréquentes fautes de diagnostic. Confusions commises par les plus instruits d'entre nous, en présence d'une tumeur abdominale localisée, sans symptomatologie propre, chez un sujet dont le poumon est sain.

Les enkystements bien limités, induisant en erreur le chirurgien, sont observés n'importe où dans le ventre. Par exemple, Schwartz (2) a

(1) MONTAZ, *Société de méd. et de chir. de l'Isère*, d'après *Médecine moderne*, Paris, 16 mai 1899.

(2) SCHWARTZ, *Semaine méd.*, Paris, 1892, p. 23.

raconté l'histoire d'une femme de 30 ans, chez laquelle une tumeur du flanc droit, partout recouverte d'intestin sonore, lui en imposa pour un kyste de mésentère ; c'était une agglomération intestinale, sans liquide, et, après libération prudente des principales adhérences, la malade guérit.

On trouverait sans trop de peine, dans la littérature, des faits analogues, trop individuels pour se prêter à une synthèse instructive. De même, je ne ferai que nommer les abcès froids péritonéaux périspléniques ou périhépatiques, quoiqu'ils aient donné lieu à quelques opérations utiles ; et j'en viens à certaines formes enkystées relativement fréquentes, que le chirurgien a besoin de connaître en détails, sans avoir toutefois la prétention d'être mis, par cette connaissance, à l'abri des méprises.

J'ai parlé de formes enkystées et non, à vrai dire, de formes localisées, car, en ouvrant le ventre à ces malades, on apprend qu'en réalité les lésions sont presque toujours bien plus étendues qu'on ne le croyait, souvent mêmes diffuses. Mais en certains points de prédilection se constituent des lésions d'ordre chirurgical.

Et c'est, en somme, la plupart du temps d'une forme généralisée, en un point prédominante, qu'il s'agit dans ces « phlegmons péri-ombilicaux », dont les relations avec la péritonite tuberculeuse sont connues depuis assez longtemps déjà. Ces « phlegmons », véritables poches enkystées d'abcès froids péritonéaux, ou collections plus aiguës dues à une perforation intestinale au milieu d'adhérences, ont tendance à s'ouvrir d'eux-mêmes à l'ombilic, d'où une fistule tantôt seulement purulente, tantôt stercoro-purulente; et dans ce dernier cas, la communication avec l'intestin est soit primitive, soit secondaire. Par elle, on a pu voir sortir des ascarides lombricoïdes.

Cette ouverture ombilicale, plus fréquente chez l'enfant, n'appartient pas à la seule péritonite tuberculeuse, mais aussi à la péritonite à pneumocoques, dont nous savons aujourd'hui poser assez exactement le diagnostic. Quelquefois, cependant, en présence d'une fistule constituée, bien limitée, sans grande poche sous-jacente, sans gros gâteaux infiltrés autour, nous ne pourrons nous prononcer; et je me souviens d'une fille chez laquelle, la fistule ayant guéri par dilatation à la laminaire, mon diagnostic est resté en suspens, tout en penchant davantage vers la tuberculose (1).

Cette guérison fut à peu près spontanée, la dilatation ayant eu pour but,

(1) A. Broca, *Leçons clin. de chirurgie infantile*, Paris, 1902, t. I, p. 427, 432.

avant tout, de me permettre une exploration complète, pour rechercher s'il n'y avait pas une poche profonde à débrider ou à drainer. Et quelques succès de ce genre, même après fistule stercorale, ont été publiées.

Pour ma part, j'ai vu succomber, opérés ou non, tous les enfants à fistule stercorale et presque tous ceux à fistule non stercorale. Malgré ce pronostic grave, on tentera d'assurer un drainage complet, en débridant la poche fistuleuse; je conseille même de ne pas attendre l'ouverture spontanée et de pratiquer la laparotomie lorsqu'une collection sous-ombilicale se dessine (1). D'autant plus que la seule lésion simulante, la péritonite enkystée à pneumocoques, est de celles qui guérissent presque à coup sûr si l'on n'attend pas trop pour opérer.

Ces erreurs, à tout prendre, ne sont pas très fréquentes, et la plupart du temps le chirurgien agit en connaissance de cause. Il n'en est pas de même pour les formes péri-cæcales et surtout pelviennes.

VII

Rien de bien particulier pour le clinicien lorsque dans la fosse iliaque droite s'amasse lentement une tumeur solide ou liquide enkystée : les conditions cliniques, le diagnostic avec kystes ou cancers, se présentent à nous comme il vient d'être dit pour les autres localisations abdominales, comme il va être dit pour les localisations pelviennes. En dehors d'autres manifestations tuberculeuses externes ou viscérales, en dehors d'altérations appréciables en d'autres régions d'un ventre souffrant depuis longtemps, le diagnostic sera souvent erroné, d'où laparotomie exploratrice ; s'il est porté exactement, on ouvre les collections liquides qui persistent malgré un traitement médical attentif.

Le point à retenir concerne les opérations pratiquées chez des malades crus atteints d'appendicite et en réalité de péritonite tuberculeuse, jusqu'à ce moment latente et se révélant plus ou moins brusquement, parfois même de façon suraiguë. Non point que l'intérêt clinique soit alors bien grand, car Moizard a fait remarquer justement que la similitude est parfaite, en sorte que seuls quelques commémoratifs suspects peuvent, assez rarement, éveiller des doutes dans notre esprit (2). Non

(1) Une observation de LANDAU (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1901, t. LIII, p. 221) est intéressante en ce qu'avec cet abcès existait une ascite, qui put être incisée à part, sans communication avec la poche purulente.

(2) Consultez, sur ce point spécial, les thèses de CHOFARDET, Paris, 1900-1901, n° 22 ;

point, davantage, que je veuille préciser les relations entre cette localisation péritonéale et la tuberculose préalable du cæcum ou de l'appendice (1) : ce qui a trait aux indications possibles de la résection iléo-cæcale, de l'entéro-anastomose, de l'exclusion intestinale, ne rentre pas dans les limites de ce rapport.

Mais assez souvent le chirurgien, ayant ouvert la fosse iliaque droite à chaud, ou plus souvent après refroidissement, s'en est tenu là, avec ou sans drainage selon l'état des parties, et il n'a pas touché à l'intestin malade, mais trop adhérent pour être libéré sans danger. Or diverses observations, dont quelques-unes déjà anciennes, dues, par exemple, à Spencer Wells, A. Thomson, Annandale, Nové-Josserand, nous prouvent qu'après cela l'infiltration bacillaire est susceptible de rétrocession progressive ; et par là ces faits méritent d'être signalés, parce qu'ils nous renseignent sur ce que peuvent devenir, après laparotomie, certaines péritonites fibro-caséeuses.

Dans ma pratique, je compte quatre cas de ce genre ; tous les quatre ont guéri opératoirement : une fois sans drainage, chez une malade perdue ensuite de vue ; trois fois après drainage. De ces derniers malades, deux, un garçon et une fille, ont succombé ensuite lentement aux progrès d'une tuberculose fibro-caséeuse non enrayée ; chez la fille s'est produite, tardivement, une fistule stercorale. Mais ma troisième malade depuis 18 mois est bien portante, avec un ventre souple où l'on ne sent pas de tumeur.

Chez elle, jeune fille de 22 ans, le début fut très aigu, et je fus consulté après une détente consécutive à l'évacuation par l'intestin d'un assez gros abcès dont la masse indurée faisait saillie dans le rectum. J'opérai, après refroidissement complet de cette prétendue appendicite. La laparotomie, avec libération très ménagée de quelques adhérences autour du cæcum, a mis fin à des troubles dyspeptiques avec coliques qui persistaient depuis la crise, en même temps que disparaissait une induration, attribuée auparavant par moi à une inflammation chronique de l'épiploon.

Les allures cliniques furent donc celles d'une appendicite à forme pelvienne, mais j'ignore tout à fait si, derrière les adhérences, il y avait

---

ROUSSEAU, Paris, 1900-1901, n° 642 ; SOTTY, Lyon, 1900-1901, n° 136. Dans un cas de VILLEMIN (*Soc. de pédiatrie*, Paris, 21 juin 1904, p. 233), il y eut après laparotomie issue d'ascarides par la plaie.

(1) TROLLEY, *Th. de doct.*, Paris, 1899-1900, n° 452.

quelque chose à l'intestin ou aux annexes utérines. J'ai cru sage de n'y pas aller voir. Dans un autre cas, au contraire, l'opération entreprise pour appendicite chronique me conduisit sur des lésions génitales très nettes, et je fis la castration.

J'ai déjà mentionné ces lésions comme cause relativement fréquente de l'ascite libre, sans adhérences, de la prétendue ascite essentielle de jeunes filles. Il est question maintenant d'une autre forme, où autour des annexes tuberculeuses se collectent dans le bassin ou dans la fosse iliaque des poches enkystées, séreuses ou purulentes.

D'où, pour les poches séreuses enkystées, la longue théorie des erreurs de diagnostic entre la péritonite tuberculeuse et les kystes ou tumeurs solides ovariques (1) ou para-ovariques, plus rarement entre elle et la grossesse extra-utérine (Fehling) et les fibromes de l'utérus. J'ai cependant observé une femme de 65 ans, soignée depuis une vingtaine d'années pour un prétendu myome utérin, vue par moi avec une volumineuse ascite développée depuis quelques mois autour d'une tumeur grosse comme une tête, occupant la fosse iliaque droite et que je pris pour un kyste ovarien, non pour un fibrome, parce qu'elle me parut rénitente et fluctuante ; or, j'arrivai, après laparotomie, dans une poche d'ascite enkystée, à paroi très dure, englobant trompe et ovaire tuberculeux.

La disposition anatomique était exactement la même chez la jeune fille que je croyais atteinte d'appendicite chronique, mais il n'y avait pas, autour de l'ascite enkystée, d'épanchement péritonéal libre. L'histoire de cette malade est intéressante, en ce que j'appris après coup qu'à l'âge de 11 ans elle avait eu une ascite guérie par ponction, dont elle avait perdu le souvenir, mais que sa sœur me raconta. Puis à 21 ans, au milieu d'une bonne santé apparente, elle fut soignée dans le Jura pour une atteinte péritonéale aiguë, qualifiée d'appendicite ; et je confirmai ce diagnostic quand je trouvai, trois mois plus tard, une fosse iliaque légèrement empâtée et douloureuse à la pression, chez une fille pâle, dyspeptique, amaigrie.

Les formes pelviennes suppurées, outre l'appendicite à laquelle j'ai fait allusion, prêtent à des confusions diverses, par exemple, avec des salpingites plus ou moins aiguës, avec des kystes de l'ovaire à pédicule

(1) Le cytodiagnostic peut nous fournir des éléments importants de diagnostic, les lymphocytes de l'ascite tuberculeuse ne ressemblent en rien aux grosses cellules caractéristiques des kystes ovariques (voyez Tuffier et Milian, *Soc. de biol.*, 27 avril 1901, p. 436 ; Durante, *la Pediatria*, novembre 1901, p. 437.

tordu. Erreurs non préjudiciables, au reste, car en tout état de cause la laparotomie convient, et même si l'on était sûr que l'abcès fût tuberculeux, l'imprudence serait grande à lui laisser le temps de s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie, malgré le succès, par moi relaté plus haut, d'une évacuation spontanée par le rectum.

Ces formes pelviennes ou génitales, suppurées ou non, sont les principales parmi celles où les laparotomies, après erreur de diagnostic, nous ont appris que nous devons agir chirurgicalement, de parti pris, après le diagnostic correct. Et, d'une manière générale, nous devons alors extirper les annexes malades (1) d'un seul ou des deux côtés, pourvu que la libération des adhérences n'expose pas à trop de dangers du côté de l'intestin. Encore la régularisation de l'hystérectomie abdominale a-t-elle, dans ces conditions, accru la fréquence des extirpations possibles (2).

Quand la castration paraît dangereuse, on peut y renoncer sans trop de crainte, et je n'ai qu'à répéter ici ce que j'ai dit à propos de certaines tuberculoses iléo-cæcales : on a vu des collections tubo-ovariennes se résorber peu à peu, jusqu'à complète disparition même, soit après laparotomie simple, soit après ablation incomplète. Ce n'est toutefois qu'un pis aller, car l'organe malade, laissé en place, a parfois été l'origine d'une récidive.

C'est un motif de plus pour recourir, en principe, à la laparotomie abdominale et non, comme l'ont conseillé, en 1896, Löhlein et Condamin (de Lyon), puis plus récemment Baumgart (1901), à l'incision vaginale (3), plus déclive prétendent ces auteurs, plus respectueuse des adhérences supérieures, par conséquent exposant moins aux déchirures de l'intestin et aux inoculations de la grande cavité péritonéale. En fait, de la statistique de Baumgart résulte que des deux procédés la mortalité est à peu

(1) Aux faits cités plus haut on peut ajouter : L.-N. VARNEK, *Meditz. obosr.*, 1891, t. XXXV, n° 1, p. 11. Femme de 23 ans, ablation bilatérale, guérison ; TURAZZA, *Riforma medica*, 1896, n° 96, p. 242. Femme de 35 ans ; forme suppurée, ablation partielle, guérison ; DE TEYSSIER, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 8 juillet 1901. *Lyon méd.*, t. XCVII, p. 228. Femme opérée par Durand. Bilatérale ; BOARI, CHIAPPINI, d'après *Presse méd.*, Paris, 17 fév. 189.

(2) KOBER, *Allg. med. Cent.-Zeitung*, 17 avril 1901, n° 31, p. 349. Femme opérée avec succès par Pfannenstiel. F. VON WINCKEL a dit, au Congrès international de Moscou, en 1897, que la résection des ovaires n'est utile que s'ils sont facilement accessibles. Je crois que l'on doit aller un peu plus loin. Chez une malade de Chiappini, la récidive a eu pour cause une ablation tubo-ovarienne incomplète.

(3) LÖHLEIN, *Therap. Wochenschr.*, 1896, n° 38, p. 201 ; DACLIN, *Th. de doct.*, Lyon, 1896-97, n° 49 ; BAUMGART, *Deut. med. Woch.*, Leipzig, 1901, nos 2 et 3, pp. 19 et 36.

près la même (28,5 et 29,4 p. 100), et je ne vois pas, dès lors, ce qui plaide en faveur des opérations vaginales (1).

VIII

Sous quelque angle qu'on les examine, ces faits sont très disparates, et même bon nombre d'entre eux sont, malgré l'étiquette, des péritonites fibreuses ou fibro-caséeuses généralisées — ou presque — avec une simple prédominance locale qui leur imprime un cachet particulier. D'autres de ces formes généralisées, où la laparotomie est indiscutablement utile, souvent même urgente, sont celles où se produisent des accidents d'occlusion intestinale (2).

Dans quelques cas, la laparotomie — qui d'ailleurs même alors a pu être utile — n'a permis de voir aucun obstacle, et certaines de ces occlusions semblent être paralytiques. D'habitude elles sont mécaniques, dues soit à des brides limitées qui agissent par striction ou par coudure, soit à des adhérences qui agglutinent les anses en paquet (3); Bérard (de Lyon) a signalé, à côté de cela, quelques faits rares d'invagination. Les brides sont plus fréquentes dans la forme miliaire sèche; elles peuvent être le reliquat d'une péritonite tuberculeuse autrefois opérée, le reste du péritoine étant redevenu sain (4).

A ces deux ordres de lésions, bride ou agglutination en masse, répondent à peu près deux variétés cliniques : étranglement brusque, aigu; obstruction lente, chronique, plus fréquente que la précédente et conduisant par degrés insensibles de la constipation avec débâcles à l'arrêt complet des matières. Et cela répond, en outre, à une autre division : les occlusions chroniques sont précédées d'une péritonite tuberculeuse en général connue à l'avance; les aiguës, au contraire, ont coutume d'éclater au milieu d'une santé en apparence parfaite et sont, comme les

(1) Voyez une hystérectomie vaginale pratiquée dans un cas avec abcès rétro-utérin par Demons et Bégouin, *Rev. mens. de gyn., obst. et péd.*, Bordeaux, 1900, p. 40. Cf. thèses inaugurales de H. Baud, Lyon, 1903-1904; de A. Kunt, Greifswald, 1903.

(2) Lejars, *Gaz. des hôp.*, Paris, 3 déc. 1891, p. 1305; Banteignie, *th. de doct.*, Paris, 1902-1903, n° 119; Héritier, *th. de doct.*, Lyon, 1898-99, n° 115; Kirmisson, *Bull. méd.*, 1904, p. 549; Phocas, *Nord méd.*, Lille, 1902, p. 25; Brossard, *Ann. médico-chir. du Centre*, 1905, p. 351.

(3) Guinard a présenté à la *Société de chirurgie de Paris* (23 juin 1898, p. 698) un garçon, guéri par laparotomie d'une occlusion par étranglement d'une anse d'intestin à travers une maille du grand épiploon grillagé.

(4) Routier, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 31 décembre 1894, p. 707. Femme opérée 3 ans auparavant par G. Marchant.

fausses appendicites, révélatrices d'une péritonite tuberculeuse latente.

Si quelques occlusions chroniques, degrés extrêmes de la constipation, peuvent céder aux moyens dits médicaux (1), la plupart y résistent; quant aux aiguës, la laparotomie y est, sans discussion, la seule chance de salut. Pour ces dernières, l'opération est relativement facile et bénigne; elle consiste à couper une bride. Dans les agglutinations, au contraire, le pronostic est bien plus sombre, car l'opération est laborieuse et grave par elle-même, pour libérer, dans la mesure du possible, des anses accolées et friables, couper une ou plusieurs brides, évacuer des poches liquides. Sur 4 malades de cette espèce, j'ai vu succomber, au troisième jour — après avoir été à la selle — une fille chez laquelle éclatèrent brusquement, au bout de 48 heures, des accidents suraigus de péritonite par section complète secondaire d'une anse grêle préalablement serrée par une bride (2) ; un garçon est mort au bout de 8 jours, après rétablissement partiel et intermittent du cours des matières, mais avec reprise finale de l'occlusion ; deux enfin ont guéri et ont été revus bien portants au bout de deux et trois ans.

IX

Quel enseignement tirer des cas où nous avons opéré, soit en raison de fautes de diagnostic, soit en raison d'accidents qui nous ont forcé la main? qu'avec de la prudence l'opération est relativement peu grave; que, de plus, parmi ces malades, assez bon nombre ont bénéficié, sinon d'une guérison totale, au moins d'une amélioration considérable. Je viens de citer trois malades que probablement je n'aurais pas opérés si je n'y avais été conduit chez l'une par un diagnostic erroné d'appendicite pelvienne, chez deux autres par une occlusion urgente. Or, ces trois malades sont en bonne santé.

D'où il est permis de conclure que — rarement sans doute — lorsque le traitement médical est inefficace et lorsque l'on constate que viscères et état général sont respectés, on est en droit d'opérer certaines péritonites fibreuses et fibro-caséeuses.

Le chirurgien devra être d'une grande douceur ; pour chercher les

(1) Par exemple, voyez une observation de Collin, *Arch. de méd. et pharm. milit.*, Paris, 1893, p. 239.

(2) P. Audion, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, Paris, 1898, p. 109.

petites collections ascitiques, pour libérer les adhérences, il portera à l'intestin une attention extrême. Le plus souvent le drainage sera indiqué.

Parmi les accidents post-opératoires, je signalerai les fistules stercorales par perforation secondaire de l'intestin, sans doute ulcéré à l'avance. Quelques-uns des malades ont néanmoins guéri, et même définitivement.

X

Quelle que soit la forme de péritonite opérée — et en cela médecine et chirurgie peuvent se donner la main — les récidives après guérison ou amélioration apparentes ne sont pas rares; et tandis qu'autour de ces faits les médecins mènent assez grand bruit lorsqu'ils ont réussi, sans nouvel acte opératoire, à enrayer de nouveau le mal, les chirurgiens en font connaître d'autres où ils ont obtenu le résultat cherché à l'aide d'une seconde laparotomie, parfois même à l'aide de plusieurs laparotomies successives, à intervalles variant de quelques jours à quelques mois : de 7 jours à 23 mois parmi 20 faits réunis en 1900 par Galvagni (d'Athènes). Je rappellerai que dans une observation de Richelot, mentionnée plus haut à propos des cures constatées anatomiquement au moment d'une opération pour éventration, il s'agit précisément d'une laparotomie itérative, dont le résultat définitif et favorable se trouve ainsi démontré ; et il est à remarquer que la première incision, pour péritonite ascitique, avait été suivie d'une évolution telle, qu'à l'œil nu Léon Labbé avait redouté une carcinose diffuse et avait recousu le ventre sans autre forme de procès. Dans la statistique déjà citée de Chrobak, sur 19 cas, 3 récidives ainsi opérées au bout de 3 à 7 mois donnèrent 2 guérisons définitives et 1 mort 5 mois après, par phtisie, sans retour de péritonite.

Certains auteurs — et la statistique de Chrobak le prouve — systématisent volontiers cette pratique ; et ceux qui opèrent sans trop attendre ont parfois noté qu'au moment de la seconde intervention les tubercules vus lors de la première étaient déjà en voie de résorption. La première opération n'a donc pas été inutile, et l'on demande à la seconde de donner un nouveau coup de fouet aux défenseurs du péritoine inoculé par le bacille de Koch (1).

(1) Galvagni, d'Athènes, *Congrès intern. de méd.*, Paris, 1900, sect. de chir., p. 699;

Les expérimentateurs nous ont fourni, jusqu'à un certain point, l'explication de ces phénomènes, et, sans entrer dans le détail d'études encore par endroits discordantes, je dois exposer quelques faits directement applicables à la chirurgie.

De la plupart des séries où, après inoculation, les animaux (chiens, lapins ou cobayes) ont été les uns opérés et les autres abandonnés à eux-mêmes, il semble résulter que la laparotomie améliore, en moyenne, le pronostic de la tuberculose péritonéale expérimentale : Saltykow (1), sans contester la valeur des observations humaines, n'y voit pas grande différence sur deux séries de lapins, l'une de 16 non opérés, l'autre de 14 opérés ; mais Nannotti et Bacciocchi constatent que les animaux non opérés meurent, que les chiens opérés guérissent dans la proportion de 7 sur 9, et que les lapins meurent beaucoup moins vite. Les bacilles dégénérés perdent leur virulence, et le péritoine peut même reprendre un aspect normal.

Ces recherches expérimentales nous donnent, en outre, quelques renseignements sur l'époque où la laparotomie est opportune, et il est naturel, en principe, qu'il ne faille pas trop attendre. Il convient, cependant, de ne pas trop se hâter, et voici ce que nous apprend Gatti (2).

Pour cet auteur, outre la mise en œuvre des défenses de l'organisme — inflammation substitutive, phagocytose, action bactéricide des sérosités (3) — la laparotomie a, sur les cellules épithélioïdes, même sans augmentation du tissu conjonctif, une action dégénérative spéciale. Ces cellules deviennent hydropiques et lentement se dissocient, pourvu qu'elles en soient encore à la première période de leur évolution, avant la seconde période que caractérise la caséification, mais pourvu, aussi, qu'elles ne soient pas trop jeunes. Le seul tubercule fibreux se laisserait donc influencer, à condition d'être déjà bien développé, comme si, à un moment donné, il hésitait entre la sclérose curative et la caséification, et si la laparotomie le poussait alors dans le sens favorable.

L'expérimentation confirme donc ce que nous a enseigné la clinique : n'opérer ni trop tôt ni trop tard, demander au médecin l'entrée de jeu, mais en cas d'échec prier le chirurgien de rétablir la partie avant qu'elle

---

Pernot, *th. de doct.*, Paris, 1900-1901, n° 659 ; Laroche, *th. de doct.*, Paris, 1899-1900, n° 167.

(1) Saltykow, *Arch. de méd. expér.*, Paris, 1903, p. 572.

(2) Gatti, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1896, t. LIII, pp. 645 et 709.

(3) Voyez sur ce point spécial une revue de Castaigne, *Rev. de la tub.*, Paris, 1901, p. 225.

ne soit désespérée. Quant aux résultats possibles de la laparotomie itérative, ils s'expliquent par ce fait que la deuxième opération améliore les tubercules encore trop jeunes pour avoir été modifiés par la première ; celle-ci ayant pourtant eu l'utilité de ne pas laisser aller trop loin les premières lésions mûres. Toutes les poussées ne sont pas contemporaines, toutes les lésions, dans chacune, ne vont point d'un pas égal : à cela précisément s'adaptent les laparotomies successives.

*
* *

La conclusion qui se dégage à la fin de cet exposé me paraît bien être celle que j'ai mise en vedette : malgré les efforts faits dans ce sens depuis quelques années, il ne semble pas qu'au cours de la péritonite tuberculeuse le chirurgien ait pour unique rôle de parer à quelques complications spéciales ou de commettre des erreurs de diagnostic.

Certes, ceux qui ont pensé, il y a 15 ans, que toute péritonite tuberculeuse reconnue serait justiciable de la laparotomie, ceux-là ont eu tort. Mais certainement aussi se trompent ceux qui croient à l'efficacité à peu près constante de la médecine seule et, dans les diverses formes anatomiques, la chirurgie conserve des indications.

On trouvera peut-être que, dans ce rapport, je ne formule pas avec précision quelles sont ces indications, auxquelles je persiste à croire. C'est qu'il s'agit là, à mon sens, d'une étude clinique propre à chaque malade, pour apprécier à quel moment, dans un cas déterminé, le chirurgien doit remplacer le médecin. Ceux qui répondent : jamais, ont aussi tort que ceux qui répondaient : toujours, il y a 15 ans. Mais encore est-il exact qu'à ceux-là nous sommes redevables des connaissances cliniques et anatomo-pathologiques sans lesquelles nous serions encore dans l'ornière de la médecine ancienne.

DES TUMEURS DU PLACENTA

Par le docteur **V. PITHA**, Privat-docent à l'Université tchèque de Prague.

Au cours d'études sur les lésions pathologiques du placenta, j'ai trouvé, en examinant systématiquement les annexes fœtales, une tumeur du placenta. Dans le musée de la clinique du professeur Pawlik, existaient deux autres pièces de tumeurs placentaires. Ce sont ces trois cas que j'ai examinés histologiquement et à propos desquels je vais étudier la question des tumeurs du placenta.

J'ai rassemblé tous les cas publiés jusqu'à ce jour et j'ai réussi à en réunir 63, dont 2 (publiés par M. Fenomenow et par M. Mark) sont à exclure du rang de ces tumeurs, parce qu'il s'agit d'une toute autre chose. En retranchant ces deux cas, il en reste 61, auxquels se joignent mes 3 personnels, ce qui fait un nombre de 64 cas décrits jusqu'à présent.

Une première question s'impose à nous : comment est-il possible, étant donnée la rareté des tumeurs placentaires, qu'un seul auteur ait pu en décrire 3 ou 4 cas, et même 6 ?

S'il ne s'agissait que d'un auteur, on pourrait croire à un hasard capricieux. Mais quand on voit que le fait se répète chez plusieurs auteurs, on est porté à croire qu'il y a autre chose. Celui qui ne s'occupe pas spécialement de la science obstétricale, ou qui n'est pas bien au courant de la pathologie du placenta peut facilement ne pas remarquer les différents changements du placenta, et ne s'apercevoir de son état anormal que lorsqu'il saute aux yeux. L'attention des auteurs n'a été attirée que par des cas frappants, qui les ont amenés à faire des recherches jusqu'à ce qu'ils aient réussi à trouver un ou plusieurs cas semblables.

Presque tous les cas publiés ont été étudiés dans les Instituts. Cela est facile à comprendre. Excepté dans les instituts, on ne consacre jamais des soins bien grands à l'examen du placenta, même quand un médecin est appelé pour l'accouchement. Car toute l'attention de ce dernier se porte ordinairement sur la mère et sur l'enfant. On n'examine le

placenta que pour constater s'il est entier ou non. Je suis persuadé qu'en examinant avec attention tous les placentas, on en trouverait, en peu de temps, un certain nombre, pour que cette anomalie ne soit plus une si grande rareté.

Ce qui m'étonnait fort aussi, c'était que les diagnostics des auteurs étaient bien différents et que jusqu'à présent on ne soit pas encore tombé d'accord sur cette question.

En 1863, Virchow a décrit une formation de tumeur sur le placenta à laquelle il donna le nom de *Myxoma fibrosum placentæ*. Personne n'osa douter de la justesse de cette interprétation, et depuis ce temps on remarque une influence évidente de la conception de Virchow sur les publications allemandes qui traitent de ce sujet. Il est plus que probable qu'on se servit aussi de cette diagnose dans des cas où (la description l'atteste d'ailleurs clairement) l'image microscopique présentait une différence évidente avec la diagnose *myxoma fibrosum*.

Voici, d'abord, l'énumération des cas avec les étiquettes anatomiques qui leur ont été données :

Myxoma fibrosum chorii, 15 *cas :* Virchow (1), Hildebrand (1), Hyrtl (1), Storch (3), Breus (4), Fenomenow (1 ?), Ackermann (1), v. Steinbüchel (2), Lazarevic (1).

Myxoma fibrosum chorii telangiectodes, 8 *cas :* Alin (1), Bode-Schmorl (1), Niebergall (1), Albert (2), Bretschneider (1), Dienst (2).

Angioma placentæ, 20 *cas :* J. Clarke (1), Auvard (1), Alin (3), Léopold (1), Orlov (2), Albert (1), Osterloh (1), Beneke (1), Oberndofer (1), Calderini (1), Hœhl (1), Krauss (6).

Angioma myxomatodes disseminatum, 1 *cas :* V. Mars.

Fibroma placentæ, 5 *cas :* Lœbl (1), Harper (1), Galabin (1), Mark (1 ?).

Fibrosis chorii, 1 *cas :* Hojnacki (1).

Fibromyoma (?) placentæ, 1 *cas :* Hodgen (1).

Sarcoma (?) placentæ, 2 *cas :* Hyrtl (1), Dupin et Chaband (1).

Hyperplasia angiomatodes chorii, 1 *cas :* van der Feltz (1).

Hyperplasia des villosités du chorion, 3 *cas :* Hyrtl (1), Guéniot (1), Merttens (1).

L'épanchement de sang organisé, 2 *cas :* Danyau (1), Goodhard (1).

Le faux nœud du cordon, 1 *cas :* van der Feltz (1).

Placentitis fibrosa luetica, 1 *cas :* Solowij (1).

Chorioma placentæ et hæmatoma deciduæ serotinæ, 1 *cas:* Labhard (1).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Les observations des tumeurs que j'ai examinées sont les suivantes:

Obs. I. — Dans le premier cas, il s'agit du placenta d'un fœtus né avant le terme. Presque toute une moitié du placenta était beaucoup plus grosse que l'autre partie, elle était légèrement élevée à la face fœtale du placenta.

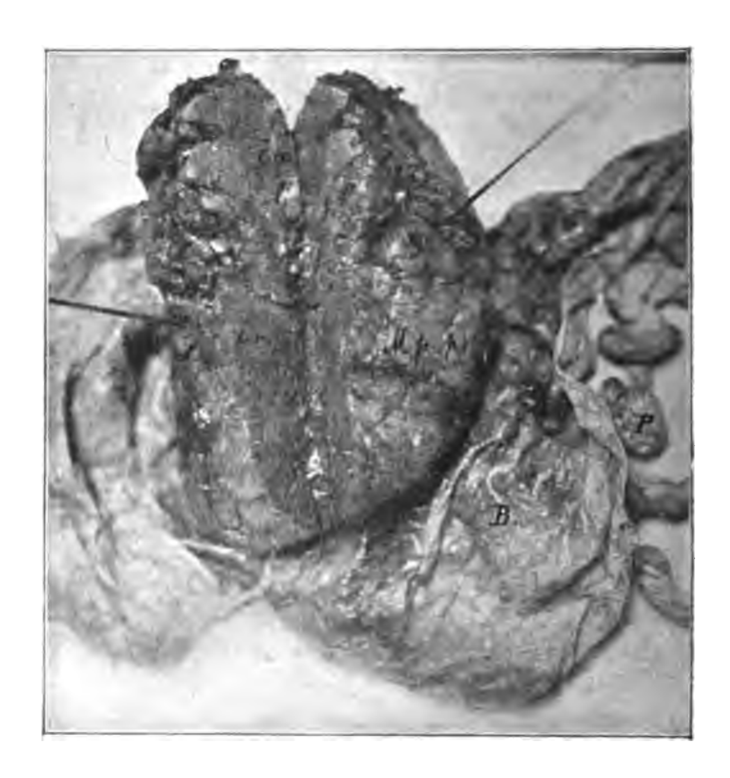


Fig. 1. — Placenta photographié par sa face utérine, coupé par le milieu dans la partie angiomateuse, ce qui montre distinctement la limite entre les parties altérée et normale du placenta.

M. p. p., face utérine ; — *C. n.*, partie normale ; — *C. a.*, partie angiomateuse ; — *B*, membranes ; — *P.*, cordon ombilical.

La face utérine du placenta avait une apparence tout à fait normale. Seulement, à peu près au milieu de la partie plus épaisse, il se trouvait une défectuosité circulaire du tissu un peu plus grosse qu'un centime et par laquelle on voyait la surface de la tumeur, couleur cerise.

Le placenta tout entier fut mis dans une solution de formaline et, lorsqu'il

fut durci, on le coupa. A la coupe, on remarqua, dans la partie plus épaisse du placenta, une formation lobuleuse logée dans un tissu placentaire normal comme dans une enveloppe, et, d'après l'apparence de la coupe, elle se composait d'un tissu compact, ce qui fait qu'elle différait de beaucoup du tissu placentaire poreux (Voir *la photographie du placenta* fig. 1). La tumeur était

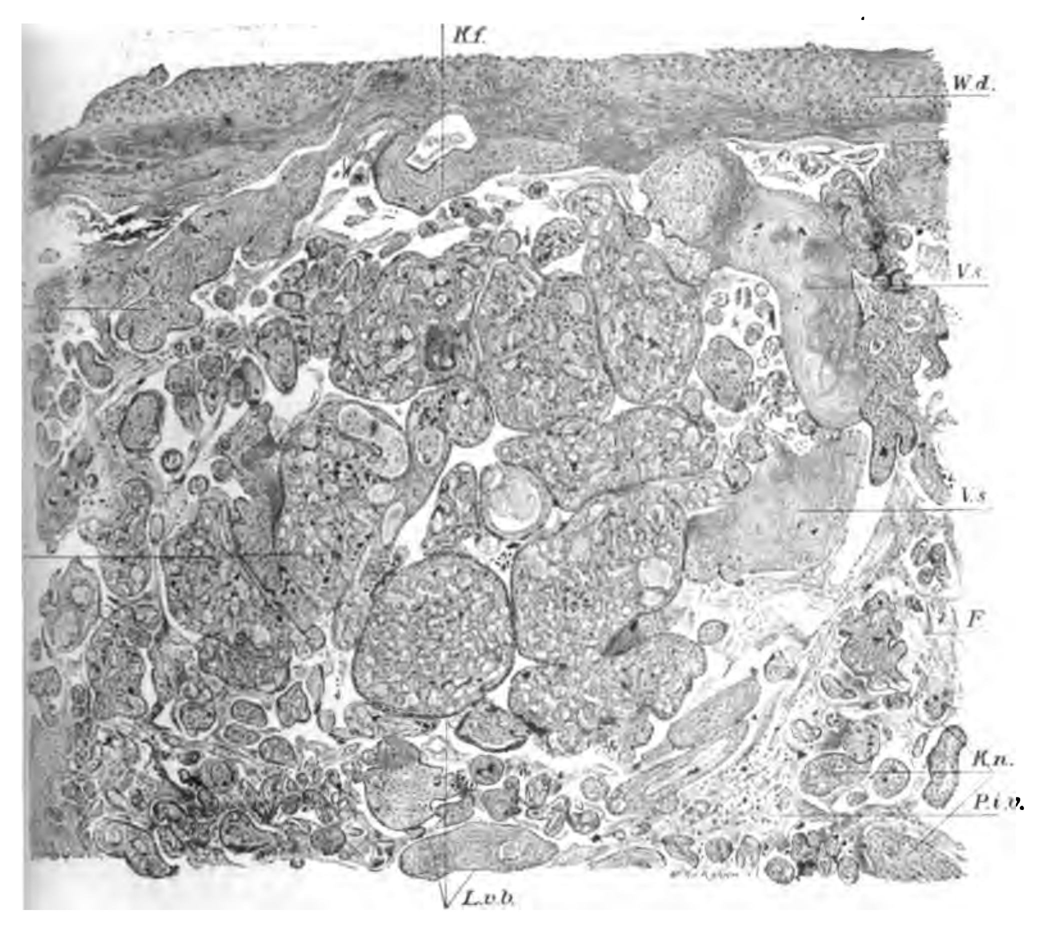


Fig. 2. — Partie de la tumeur au bord du placenta, coloration à l'hématoxyline.

W. d., couche de Winkler; — V. s., prolongements sérotinaux dégénérés ; — K. f., les villosités fixées ; — F., la fibrine ; — P. i. v., espaces intervilleux ; — K. n., villosités normales ; — K. t., villosités téléangiectasiques ; — L. v. b., couche cellulaire de Langhans.

facile à enlever, et elle n'était réunie à son enveloppe que par des fibres filiformes peu résistantes.

A l'enlèvement, la tumeur tomba en petits fragments de la forme de baies facettées. Lorsqu'on préleva des petits morceaux entre la tumeur et le tissu normal pour l'examen microscopique, ce ne fut qu'artificiellement qu'on put tenir réunis ces petits morceaux.

Toute la tumeur n'était en connexion avec le chorion que par un pédicule mince, dans lequel il y avait des vaisseaux aux parois minces.

Dans les parties voisines du placenta, on trouva de petites portions indurées, dont la coupe avait l'apparence compacte de la grosse tumeur.

L'insertion du cordon était presque marginale et à peu près à 3 centimètres du bord de la tumeur. Du cordon partaient deux gros vaisseaux, chargés de sang, et allant jusqu'au delà du milieu de l'élévation que formait la tumeur sur la face fœtale du placenta.

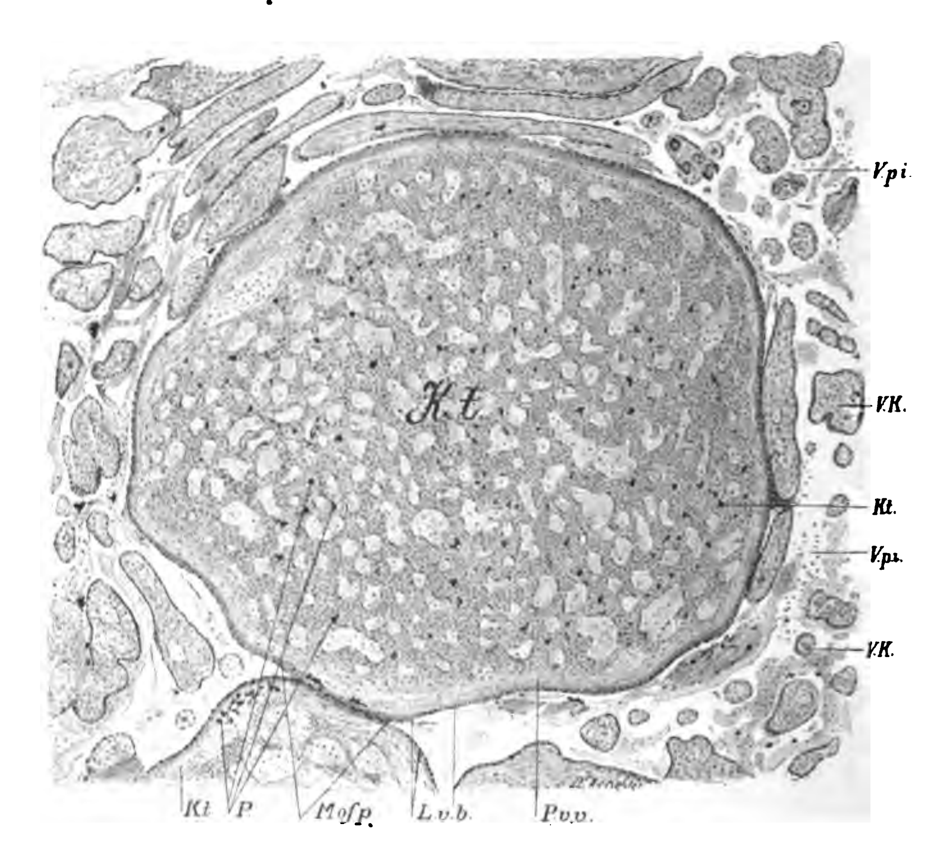


FIG. 3. — Une villosité téléangiectasique à un plus fort grossissement (même coloration.

K. t., villosité téléangiectasique ; — *P. v. v*, couche superficielle de tissu conjonctif de la villosité. — *L. v. b.*, couche cellulaire de Langhans ; — *M. o. f. p.*, l'endroit correspondant à la surface facettée de la villosité téléangiectasique ; — *P.*, le pigment ; — *V. K.*, villosités libres ; — *V. p. i.*, espaces intervilleux.

Des préparations microscopiques des différents endroits de la tumeur, colorés à l'hématoxyline, montrent tous la même structure. Le tissu conjonctif jeune formant le stroma avait l'apparence du tissu conjonctif fibreux du chorion. Les cellules étaient allongées, en quelques endroits étoilées, avec des noyaux ovales ou ronds.

Dans ce tissu, il y avait des orifices de vaisseaux capillaires de grandeur

différente, dont les parois étaient formées par des cellules endothéliales. Il y avait aussi par ci, par là, des orifices gorgés de sang. Dans la partie superficielle de la tumeur, ces capillaires devenaient toujours plus petits, et enfin à la surface ils étaient assez rares.

Dans la couche superficielle, les fibres conjonctives allaient parallèlement à la surface de la tumeur. La surface de la tumeur était couverte d'une couche de cellules de Langhans. Dans le stroma de la tumeur, on trouva en diverses places des pigments.

Autour de la tumeur, il y avait des villosités normales, en quelques endroits agglutinées par la fibrine (Voir fig. 2 et 3).

Obs. II. — Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un placenta déposé au musée depuis quelque temps et conservé dans l'alcool. Les circonstances de la délivrance nous étaient inconnues.

Le placenta montrait une élévation plate de 6 centimètres de diamètre à proximité de l'insertion marginale du cordon.

Des vaisseaux de la grosseur d'une plume d'oie et gorgés de sang traversaient cette élévation. La face utérine du placenta avait une apparence régulière. A la coupe, nous avons trouvé une tumeur compacte de la grosseur d'un œuf de poule, entourée d'un tissu placentaire normal. La tumeur était facile à enlever et était jointe au chorion par un pédicule mince que traversaient des vaisseaux pour aller à la tumeur. La tumeur présentait une surface lobuleuse. Une moitié de la tumeur fut laissée en jonction avec le placenta et on coupa des morceaux au bord de la tumeur avec des parties normales du placenta.

Dans les préparations, je ne trouvai qu'une structure angiomateuse des villosités grossies. En de nombreux endroits, il y avait des amas de pigment. Partout, des capillaires gorgés de sang. Entre les capillaires, il y avait des cloisons minces formées de tissu ayant les caractères du tissu chorial. En quelques endroits se trouvaient de gros vaisseaux aux parois minces. Dans la partie superficielle de la tumeur, il y avait des vaisseaux plus petits, et dans la couche supérieure je n'ai trouvé que du tissu conjonctif composé de cellules fuselées, parallèles à la surface.

La face supérieure de la tumeur était recouverte d'une couche épithéliale de Langhans.

Dans quelques points de la tumeur on a trouvé des prolongements des parties déciduales composés d'une masse se colorant difficilement, dans laquelle les cellules déciduales étaient dispersées. Autour de la tumeur, le tissu prenait la formation d'un soi-disant « infarctus » ; dans des dépôts fibrineux il y avait des villosités nécrotiques ou presque nécrotiques avec des parties déciduales dégénérées.

Obs. III. — Dans le troisième cas, il s'agissait d'une tumeur de la grosseur d'une noix logée dans la périphérie du placenta, par ailleurs tout à fait normal. Les circonstances de l'accouchement ne sont pas connues.

Deux gros vaisseaux qui sortaient directement du cordon et traversaient la

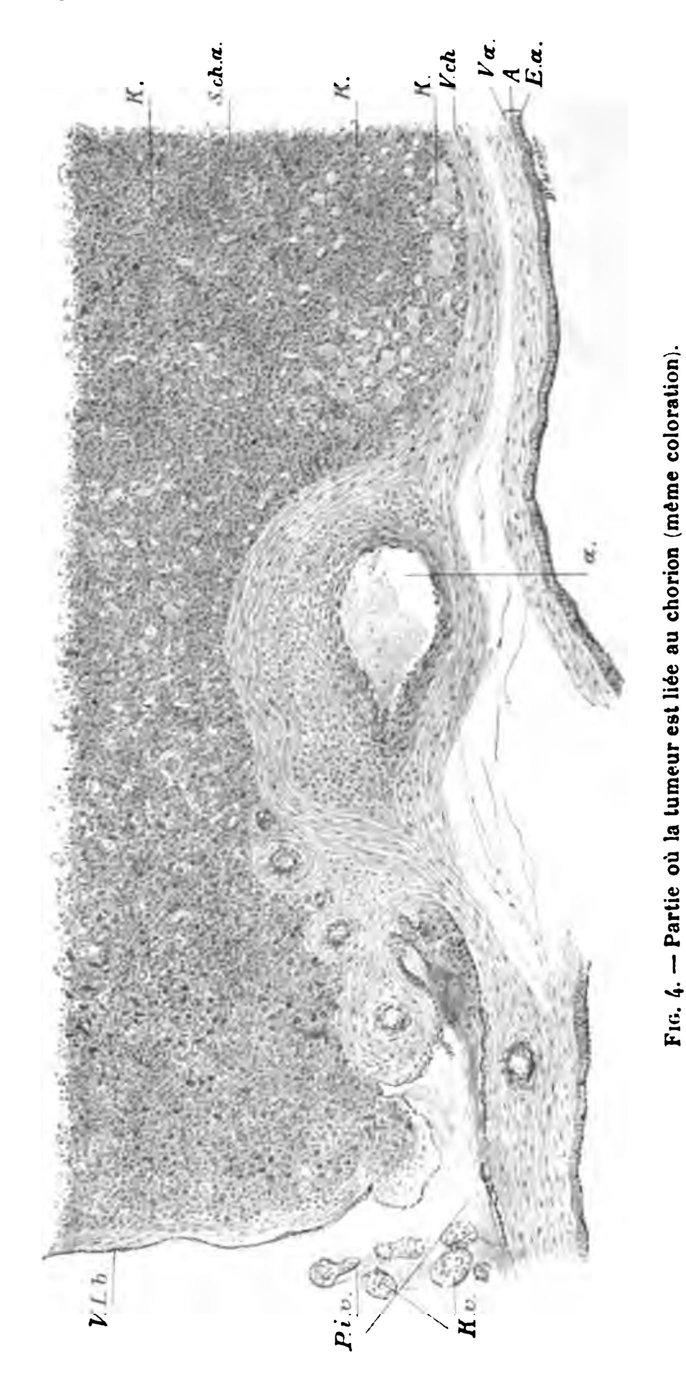


Fig. 4. — Partie où la tumeur est liée au chorion (même coloration).

K., capillaires gorgés de sang ; — S. ch.a., le stroma du chorio-angiome ; — V. L. b., couche cellulaire de Langhans ; — P. i. v., espace intervilleux ; — K. ch. v., villosités libres ; — V. ch., tissu conjonctif du chorion ; — V. a., tissu conjonctif de l'amnios ; — A., amnios ; — E. a., épithélium amniotique ; — A., artère du pédicule de chorio-angiome.

moitié de la surface fœtale du placenta allaient droit à la tumeur. Le cordon ombilical était inséré presque centralement.

La coupe de la tumeur différait de l'autre partie du placenta par son apparence compacte et était jointe assez largement au chorion. Dans la direction des parties normales du placenta, la tumeur était libre et, enlevée de ces parties, elle présentait une surface lobuleuse.

Les préparations microscopiques différaient un peu de celles décrites plus haut, par cela même que j'ai trouvé une plus grande quantité de tissu conjonctif formé de cellules fuselées rangées en plusieurs directions.

Dans ces cellules, il y avait des noyaux ovoïdes et ronds. Le tissu était plein de petits orifices gorgés de sang. Il était impossible de prouver la présence d'endothélium dans les capillaires. La coupe microscopique avait été faite verticalement vers la face fœtale de la tumeur. L'amnios n'était pas changé, ni les couches superficielles du chorion, dans lequel se trouvaient de gros vaisseaux. Le tissu chorial allait directement au stroma du tissu de la tumeur dont la surface était couverte d'une couche de cellules de Langhans.

Des villosités agglutinées par de la fibrine touchaient à la tumeur et même, dans le voisinage, on pouvait voir des villosités libres ayant la même couverture de cellules de Langhans que la tumeur elle-même (Voir fig. 4).

Les parties centrales de la tumeur se composaient seulement de capillaires aux parois minces.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE AVEC CINQUANTE GRAMMES D'ALBUMINE, GUÉRISON

Par le docteur **RENDU** (de Lyon).

D'après de récentes statistiques, il y aurait 1 albuminurique sur 10 femmes grosses et 1 éclamptique sur 35 albuminuriques, soit environ 3 éclamptiques sur 1.000 femmes enceintes ; c'est dire que l'éclampsie puerpérale est, en somme, une complication peu fréquente. Néanmoins, elle est parfois si redoutable que l'attention de l'accoucheur doit toujours être en éveil afin d'instituer un traitement préventif aussitôt qu'il découvre les conditions dans lesquelles elle survient : la principale, on le sait, est l'albuminurie. Donc, il faut analyser souvent les urines des femmes grosses, c'est convenu.

Il est pourtant des cas où, malgré une vigilance raisonnable, on peut être surpris par la soudaine apparition du mal, qu'une cause accidentelle a fait surgir : tel est le cas de l'une de mes accouchées, dont il m'a paru utile de rapporter l'histoire, histoire offrant un double intérêt, celui, d'abord, peu commun, de saisir la cause probable de la maladie, et ensuite de montrer un cas d'albuminurie vraiment exceptionnel.

Mme X..., 21 ans, mariée en décembre 1904 ; personne blonde, mince, élancée, jouissant d'une bonne santé habituelle. Pas d'antécédents pathologiques à signaler. Dernières règles du 9 au 14 avril.

Les débuts de la grossesse ont été normaux. En juillet, villégiature dans la Haute-Savoie. Le 8 août, j'analyse les urines : pas d'albumine, mais glycosurie très prononcée. Nouvelle analyse le 21 du même mois : toujours pas d'albumine, mais le sucre a disparu et il y a un précipité de phosphates. Mme X... s'installe alors près de Lyon, à la campagne, où elle mènera sa vie ordinaire. Rien à noter dans le courant de septembre.

Le *lundi* 2 *octobre*, son mari me prie d'aller la voir pour une fatigue d'entrailles qu'elle a depuis 1 ou 2 jours. J'arrive à 6 heures du soir et je la trouve

au lit, avec son visage et son teint habituels. A peine m'a-t-elle parlé du malaise qu'elle éprouve que, brusquement, elle interrompt sa phrase, tourne la tête à gauche, devient livide et me rend témoin d'une violente crise d'éclampsie, durant un quart d'heure environ.

Stupéfait, j'examine, séance tenante, les urines qui sont dans le vase : il y en a près de 200 grammes ; elles ont un aspect normal. Chauffées dans un tube de verre, elles donnent en masse un épais précipité blanc, de la blancheur du plâtre.

Le doute sur la nature de la crise n'est plus permis. Je prescris la diète lactée, 6 grammes d'hydrate de chloral en 3 petits lavements, de 7 heures à minuit, et du chloroforme, dans le cas de crises nouvelles.

Le mari, interrogé, m'apprend alors que, la veille, sa femme avait mangé du civet de lièvre d'une façon immodérée, et qu'elle avait eu de la migraine et un vomissement alimentaire. Il ajoute qu'aujourd'hui quelques maux de ventre et un peu de diarrhée lui ont fait garder le lit, et que vers les 5 heures de l'après-midi elle a eu un deuxième vomissement alimentaire et un léger mal de tête.

Je constate, avant de me retirer, que les battements du cœur fœtal sont pleins et réguliers. Pouls, 60.

9 heures du soir, 2e crise.

11 heures du soir, 3e crise.

Mardi. — Matin, pouls 58. Les battements fœtaux n'ont pas changé. Le chloral est continué. De petits lavements sont prescrits pour favoriser la diurèse, mais non gardés. Boit environ 2 litres et demi de lait dans les 24 heures. Un peu de bouffissure des traits. Somnolence toute la journée.

Soirée bonne, nuit également. Urines très peu abondantes.

Mercredi. — 8 heures du matin, pouls 62. Les urines chauffées donnent sensiblement le même précipité. Les battements fœtaux sont toujours aussi forts et aussi réguliers. La bouffissure augmente et se généralise.

9 heures. — 4e crise.

Midi. — 5e crise.

3 heures. — 6e crise.

5 heures. — 7e crise. Je vois à ce moment la malade avec mon confrère le docteur Comandeur. Nous prescrivons un lavement de séné, et nous essayons d'administrer le chloral en boisson, mais il n'est pas toléré ; force est donc de le donner encore en lavement. Pouls, 80. *On ne perçoit plus* les battements du cœur de l'enfant. La malade est à peine consciente dans l'intervalle des crises, si peu même que, plus tard, elle ne se souviendra aucunement de ce qui s'est passé.

6 heures. — 8e crise.

De 7 heures à minuit, cinq ou six crises environ, la dernière particulièrement grave. Dans les intervalles, troubles de la vision : la malade ne voit pas la tasse de lait qu'on lui présente. Le docteur Lyonnet, voisin de campagne, est appelé à minuit ; la malade semble être alors tout à fait à ses derniers moments.

Jeudi. — 9 heures du matin, pouls 102. Pas de crise depuis minuit. Limonade au citrate de magnésie. Bouffissure excessive ; la malade en est méconnaissable.

5 heures du soir, pouls 100. — Somnolence moins prononcée ; a bu 2 litres de lait depuis ce matin. Avec le docteur Comandeur nous prescrivons 1 litre de sérum artificiel, en 4 lavements, dans les 24 heures. Les 6 grammes de chloral sont continués ; la malade commence à tolérer ce médicament en boisson avec du sirop de groseille. Urines peu abondantes, mais donnant à la vue presque le même précipité par la chaleur. Les battements fœtaux n'ont pas reparu.

Vendredi. — Légère amélioration. Pas de crise depuis hier matin minuit. Pouls, 84. Même traitement.

Samedi. — Amélioration marquée. Pouls, 82. Toujours pas de crise, mais la bouffissure de la face et du cou reste la même. L'œdème des pieds et des jambes a disparu. Tête lourde, mais céphalalgie moindre. Urines très abondantes, plus claires.

Mardi, 10 octobre. — La bouffissure de la face et du cou a totalement disparu. L'amélioration s'accentue.

Vendredi, 13 octobre. — Va toujours bien ; prend 3 litres de lait par vingt-quatre heures. L'albumine ayant beaucoup diminué, le chloral a été baissé à 4, puis à 2 grammes par jour.

Mardi, 17 octobre. — La malade est ramenée en ville et va tout à fait bien. Seule la diète lactée est maintenue.

Le 20, vagues douleurs utérines.

Le 23, quelques pertes odorantes. L'albumine ayant disparu, je place à 11 heures du matin une sonde de Krauze, pour délivrer la malade que j'accouche le 24, à 2 heures du matin, d'un fœtus macéré.

Suites de couches absolument apyrétiques, normales.

Le placenta, atrophié, était un placenta albuminurique typique. Au lieu de présenter uniquement, disséminés sur sa face utérine, ces nodules blanchâtres, fibrineux, que l'on voit habituellement en pareil cas, il était blanchâtre et d'aspect fibreux sur toute sa surface. Aussi conçoit-on sans peine qu'une altération aussi étendue, d'origine thrombosique, ait promptement causé la mort de l'enfant.

Revenons maintenant au fait saillant de cette observation, je veux dire à l'excessive acuité de l'albuminurie. De simples chiffres suffiront pour nous édifier.

Le 8 août, ai-je dit plus haut, pas d'albumine, mais beaucoup de sucre.

Le 21 août, pas d'albumine, sucre disparu.

Le 2 octobre, 1re crise d'éclampsie. J'envoie aussitôt doser par

M. Bourcet, ex-pharmacien adjoint des hôpitaux, le reste des urines dans lesquelles j'ai trouvé cet énorme précipité. Le lendemain, il m'écrit « que la quantité d'albumine est tellement anormale et extraordinaire qu'il ose à peine consigner les résultats ». « J'ai opéré, dit-il, sur 10 centimètres cubes d'urine acidifiée et filtrée que j'ai portée à l'ébullition pendant quelques minutes, recueilli le précipité sur un filtre exactement taré, lavé à l'eau distillée bouillante, puis à l'alcool et à l'éther, desséché le filtre et le précipité à 110. La pesée m'a donné, pour 10 centimètres cubes de l'urine d'hier soir, 0 gr. 50 d'albumine, soit 50 grammes par litre ; pour 10 centimètres cubes de l'urine de ce matin, 0 gr. 45, soit 45 grammes par litre. Je serais très heureux d'avoir l'explication de cette anomalie si étrange, car sur aucun traité je n'ai trouvé consignés des résultats aussi élevés. »

Le 2 octobre, au soir, il y a donc eu :			albumine,	50 grammes	par litre.
3	—	au matin,	—	45	—
5	—	—	—	25	—
11	—	—	—	1 gr. 30	—
13	—	—	—	0 gr. 90	—
20-21	—	—	—	des traces	—

Et depuis lors l'albumine a complètement disparu : la malade est guérie.

M. Porteret, le savant pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, à qui j'avais demandé de bien vouloir, vu la rareté du cas, contrôler nos résultats, n'avait pu faire un premier dosage exact, à cause de l'infime quantité d'urine qui lui avait été remise ; mais le 7 octobre, il obtenait encore 26 grammes d'albumine par litre, également par la méthode des pesées, et le 10, 1 gr. 38 seulement.

C'est bien le cas de rechercher, à cause de l'éclampsie qui en a été la conséquence, quelle a pu être la cause de cette albuminurie, aussi étrange par son degré d'acuité que par sa rapide disparition.

On a renoncé depuis longtemps aux théories pathogéniques, d'après lesquelles l'éclampsie serait l'effet soit d'une névrose, soit de modifications des centres nerveux, et tout le monde, aujourd'hui, la rattache aux altérations du sang. En France, surtout depuis les travaux de Bouchard, on admet généralement que c'est l'hypertoxicité du sérum sanguin qui en est la cause efficiente.

J'ai souligné dans mon observation que, la veille de sa première crise d'éclampsie, ma malade avait fait un usage immodéré d'un civet de lièvre, et que, le jour même et le lendemain, elle avait eu un vomissement alimentaire avec des troubles intestinaux. Or, ne sait-on pas que l'intestin élimine les nombreuses substances toxiques provenant soit de la transformation des aliments (leucomaïnes et ptomaïnes), soit du foie (bilirubine, sels biliaires)? Pourquoi, dès lors, ne pas admettre, dans le cas particulier qui nous occupe, qu'un tel écart de régime a pu, chez une femme enceinte, déterminer, par rétention au moins partielle des toxines, une albuminurie suraiguë et, secondairement, les crises éclamptiques qui l'ont accompagnée ? Ce qui confirmerait cette hypothèse, c'est la rapidité même avec laquelle les phénomènes pathologiques sont survenus et se sont dissipés. Il est vraisemblable, en effet, que la diète lactée, ainsi que l'eau introduite dans l'économie sous la forme de lavements, en balayant l'intestin et les reins, en dépurant le sérum sanguin, ont fait disparaître successivement aussi bien l'éclampsie que l'albuminurie.

Cette observation viendrait donc directement à l'appui de la théorie pathogénique de l'éclampsie actuellement en faveur. A ce titre encore elle m'a paru digne d'être publiée.

REVUE ANALYTIQUE

Décapsulation du rein et néphrotomie dans l'éclampsie. (Renal decapsulation for puerperal eclampsia.) EDEBOHLS, *Transactions of the American Gynecological Society*, 1903 (1).

Primipare de 23 ans ; dernières règles, 22 juin 1902. Fièvre typhoïde grave en octobre 1902. En janvier 1903, œdème léger des membres inférieurs et albumine. Le 11 février, le visage devient bouffi, la malade présente des symptômes d'urémie marquée, et à la chaleur on trouvait un gros disque d'albumine. A l'examen microscopique de l'urine, on trouve de très nombreux cylindres hyalins et granuleux, avec quelques cylindres épithéliaux.

Pendant les deux jours qui suivirent, manifestations urémiques, grands maux de tête, nausées, vomissements et enfin coma complet. La première convulsion se produisit le 13 février, elle nécessita l'emploi du chloroforme; elle fut suivie de deux autres crises convulsives le lendemain. C'est alors qu'Edebohls vit la malade. Tous les moyens médicaux ayant été mis en œuvre et la malade ayant eu une quatrième convulsion, comme l'enfant était vivant et qu'il n'y avait pas de début de travail, l'accouchement provoqué fut décidé. Il fallut pratiquer deux incisions latérales sur toute la longueur du col utérin, qui était long, dur et complètement fermé. Une application de forceps sur la tête termina l'accouchement. La délivrance se fit une heure après environ. Tamponnement intra-utérin à la gaze. L'enfant, né vivant, mourut quelques instants après sa naissance. L'hémorragie due à la plaie cervicale fut insignifiante.

Le jour suivant, pas de crises nouvelles, la malade est toujours dans le demi-coma; on suture les deux incisions cervicales par neuf points au catgut chromique de chaque côté.

Le 16 février, 46 heures après l'accouchement, sixième convulsion, suivie bientôt de quatre autres de la plus grande intensité ; les urines sont toujours très albumineuses, le demi-coma persiste.

Le 17, nouvelle crise aussi violente. On propose alors à la famille de pratiquer la décapsulisation du rein ; l'opération fut acceptée.

Le même jour, 72 heures après l'intervention, la malade est à nouveau endormie.

L'opération fut bilatérale.

La décapsulisation des deux reins demanda exactement 23 minutes. Les

(1) La traduction de cette observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, du 8 octobre 1903, par MM. Cavaillon et Trillat.

deux reins présentaient des lésions d'inflammation aiguë, ils étaient peu augmentés de volume. La capsule propre fut aisément détachée de la surface externe de chaque rein et réséquée dans sa totalité.

Il n'y eut pas de nouvelles crises après l'intervention, et tous les symptômes graves de l'urémie disparurent si bien, que deux jours après la malade retrouva sa connaissance. La malade se comporta dans la suite comme après un accouchement normal. Les plaies lombaires et les plaies du col utérin se fermèrent par première intention. La malade dut garder le lit trois semaines, comme après toute décapsulisation rénale. Au bout de ce temps la malade put se lever avec un excellent état de santé.

L'examen clinique et microscopique des urines, fait journellement pendant deux semaines après l'opération, montra une guérison rapide des lésions rénales. Le 28 février, on retrouva encore quelques cristaux hyalins et granuleux et une quantité véritablement infime d'albumine.

Un mois après, on ne retrouva plus dans l'urine que des traces d'albumine et quelques rares cristaux hyalins. Actuellement (6 juin 1903), 53 jours et demi après l'opération, l'urine est normale et la santé parfaite.

Un second cas d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par la décapsulation du rein. (A second case of puerperal eclampsia successfully treated by renal decapsulation). EDEBOHLS, *Boston med. a. surg. J.*, 1904, n° 22, p. 57.

Décapsulation rénale pour éclampsie puerpérale sur femme non délivrée. — 20 ans, primipare, mariée le 2 février 1903; dernières règles, 4 avril 1903; date présumée de l'accouchement, 9 janvier 1904. Évolution d'abord normale de la grossesse jusqu'en novembre 1903, époque où apparaît du prurit vulvaire. A ce moment, examen de l'urine, *pas d'albumine*, *pas de sucre*. Le 20 décembre 1903, œdème des pieds, bouffissure des paupières, début de coma, cécité complète. L'hydropisie augmenta, le coma devint plus profond et la femme resta aveugle jusqu'au 4 janvier 1904, jour où, à 10 heures du matin, le premier accès éclamptique éclata. A ce moment, on avait déjà, sans succès, tenté tous les moyens ordinaires contre l'urémie. *Etat*: délire, cécité complète, dyspnée, pouls plein, mou, température légèrement au-dessus de la normale. Abdomen énorme, même pour une grossesse *à terme*, donnant l'impression d'hydramnios ou de grossesse gémellaire. Membres inférieurs, paroi abdominale, région dorsale très infiltrés; par contre, œdème léger des membres supérieurs et de la face. Mouvements du fœtus, bien que faibles, très constatables, doubles battements fœtaux clairs, distincts, réguliers. Col très fermé, pas la moindre apparence de début de travail. Durant les dernières 24 heures, émission de seulement 360 centimètres cubes d'urine, avec une proportion de *seulement 1 gramme 44 d'urée par 24 heures*. Au cours de cet examen, deuxième accès convulsif.

Décapsulation rénale le 1er janvier 1904, faite sous le chloroforme et dans le décubitus latéral. On s'attaqua d'abord au rein gauche, la femme étant couchée sur le côté droit. La forte infiltration de la région dorsale ainsi que les

convulsions rendirent l'intervention laborieuse. Le rein gauche était grossi de 50 p. 100 de son volume ordinaire. Sa capsule était épaissie, forte, mais lâchement unie à l'organe, assez lâche pour être plissée. Il ne se fit pas d'hémorragie, pas même de suintement sanguin au niveau de la surface rénale, bien que l'hémorragie causée par l'incision de la paroi abdominale eût été abondante; on chercha d'ailleurs plutôt à la favoriser de façon à procurer en quelque sorte à l'opérée les avantages d'une saignée modérée contre l'urémie. La capsule détachée fut excisée *in toto*. Le rein gauche décapsulé, même intervention, qui fut plus aisée, sur le rein droit, lequel était moins augmenté de volume. *Durée de l'opération* : 45 minutes. Quand on rapporta la femme dans son lit, son état était satisfaisant. *Diagnostic*: *néphrite parenchymateuse droite et gauche, aiguë ou subaiguë.*

Durant les 24 premières heures après l'opération, il y eut une suppression presque complète de l'urine, 30 centimètres cubes seulement d'urine gélatineuse, semi-solide, couleur café, obtenue par le cathétérisme. En dépit de cette oligurie, l'état de la femme s'améliora (cessation de l'agitation, du délire, plus d'accès, retour de la vue après 4 jours de cécité complète). Après ces 24 premières heures post-opératoires, urination abondante (évacuation par le cathéter de 1.000 centimètres cubes) et, dans le second jour post-opératoire, émission d'une quantité encore plus grande ; amélioration de plus en plus accentuée de l'état général.

L'événement ensuite le plus notable fut le début spontané de l'accouchement 48 heures après l'opération. Le début de la dilatation du col à 10 heures du matin, le 3 janvier 1904, fut marqué par une légère convulsion tôt maîtrisée par le chloroforme. A 10 h. 30 et à 11 heures, 2 autres faibles convulsions. A 1 heure de l'après-midi, les doubles battements fœtaux étant toujours restés distincts et le col s'étant spontanément et suffisamment dilaté, forceps sur la tête et extraction d'un garçon du poids de 2.640 grammes, à demi-asphyxié, mais qui fut bien ranimé. Un examen de la femme montra alors qu'une seconde tête se présentait. Battements du cœur nets. Après quelques instants, nouvelle application du forceps. Le second enfant, garçon aussi, né vivant, ne respira que quelque temps et succomba. Les deux placentas furent ensuite extraits ; après quoi, l'utérus se contracta convenablement. Le pansement ayant été forcément changé à cause de la réduction considérable du ventre, la femme put se reposer, ce qu'elle fit pendant les 24 heures post-opératoires. Elle sortit de ce repos entièrement changée et en possession de toutes ses facultés.

Suites. — L'évolution fut régulière. Pas de nouveaux accès, plus de symptômes fâcheux, disparition de l'œdème qui restait. Durant les 4 à 5 jours *post partum*, se produisit un vrai déluge urinaire, l'urine contenant toutes variétés de cylindre et de l'albuminurie dans la proportion de 0,05 à 0,6 p. 100. En raison du mélange de sang avec les lochies, de la perte d'une certaine quantité d'urine dans les garde-robes, il ne fut pas possible de déterminer exactement la quantité quotidienne des urines dans les premiers jours *post partum*.

Du 5 janvier au 6, cette quantité fut évaluée à 6.800 centimètres cubes. Un échantillon de 1.680 centimètres cubes. obtenus par un seul cathétérisme, le 6 janvier, et soumis à une analyse soigneuse fournit les résultats suivants : densité, 1.016 ; totalité des matières solides, 62 gr. 63 ; urée, 1 gr. 3 p. 100 ; totalité de l'urée pour cette seule évacuation, 21 gr. 84 ; albumine, 0,6 p. 100 ; nombreux cylindres hyalins épithéliaux finement et grossièrement granuleux ; quelques cylindres cireux, épithéliaux sanguins, érythrocytes isolés nombreux, leucocytes en quantité modérée. Cellules nombreuses du rein. Vers la fin de la semaine *post-opératoire*, la proportion des matières solides et de l'urée était revenue vers la normale. Le 14 janvier on put enfin procéder à un examen de la totalité des urines des 24 heures : quantité totale, 5.000 centimètres cubes ; densité, 1.011 ; matières solides, 128 gr. 15 ; urée, 0,3 p. 100 ; totalité de l'urée, 15 grammes ; albumine, trace notable ; pas de sucre ; cylindres hyalins et granuleux, pas cireux ; érythrocytes et leucocytes dus au mélange avec les lochies.

Le 31 janvier 1904, quantité totale des urines, 1.700 centimètres cubes ; densité, 1.015 ; matières solides, 59,42 ; totalité de l'urée, 19 gr. 9 ; albumine, trace faible ; rares cylindres haylins ; quelques cylindres muqueux ; pas d'éléments du rein ; encore quelques cellules des lochies. Un autre examen, fait le 9 avril 1904, démontra que l'urine était quasi normale : pas d'albumine, pas de cylindres, pas d'éléments du rein.

L'amélioration de la femme suivit parallèlement les modifications de l'urine. Les deux incisions lombaires, en dépit des dérangements forcés des pansements par l'accouchement, etc., guérirent *per primam*. L'opérée quittait le lit trois semaines après l'opération et une semaine après vaquait de nouveau à ses occupations. Dernières nouvelles le 14 mai (4 mois et demi après l'opération). La femme a nourri constamment son enfant depuis sa naissance jusqu'à cette date, mère et enfant sont en excellente santé ; poids de l'enfant, 9 kilogrammes et demi. Examen de l'urine de la mère : quantité totale en 24 heures. 1.950 centimètres cubes ; densité, 1.012 ; matiéres solides, 54 gr. 52 ; urée totale, 21 gr. 45 ; pas d'albumine ; un cylindre hyalin à peine.

Edebohls ajoute : le fait parle de lui-même. Ce qui s'en dégage nettement, ce qui est indiscutable, c'est que la *décapsulation du rein peut arrêter les progrès de l'urémie et les accès convulsifs d'origine puerpérale chez la femme non délivrée*. Conclusion manifeste : la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, avec tout ce que ces méthodes thérapeutiques comportent pour la mère et pour l'enfant, ne doit plus être tenue pour notre dernière ressource dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

R. L.

De la néphrotomie dans l'anurie des éclamptiques (Die Nephrotomie bei Anurie Eklamptischer). A Sippel, *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 15, p. 479.

Obs. — Multipare, 35 ans, fut, pour une éclampsie grave, délivrée au moyen

de *la césarienne vaginale*, vers la fin du sixième mois de la grossesse. Jusqu'à ce jour elle aurait été bien portante ; mais, ce jour-là, elle avait accusé des douleurs lombaires. Dans la soirée survint le premier accès éclamptique ; une heure plus tard un second, et vers 11 heures de la nuit le troisième suivi de coma persistant. Température normale. A 3 heures du matin, le col étant long et rigide, intervention. Dans la vessie, très peu d'urine fortement sanguinolente (femme forte, dont le dernier accouchement datait de 13 ans ; quelques années auparavant, elle avait subi l'énucléation d'un fibrome). Peu après l'accouchement, encore un faible et dernier accès. Un instant le coma parut cesser, en sorte que la femme réagissait à une interrogation impérieuse ; mais il se reproduisit. Température toujours normale. En dépit du traitement (infections sous-cutanées de sérum physiologique, injections camphrées de caféine, etc.), *l'anurie resta presque absolue*, et la *mort* survint presque subitement 40 heures *post partum*.

Autopsie. — Rien d'anormal dans la sphère génitale. Tout l'intérêt était aux reins. Le *rein droit* était gros, presque noir bleu. La capsule était lisse, presque tendue, le bassinet et l'uretère correspondants un peu dilatés. D'autre part, *lorsque la capsule fibreuse fut incisée, elle se replia spontanément sur les côtés du rein, dont la substance se dégagea nettement à travers l'incision* ; ce fut là un phénomène net et frappant, qui démontrait que l'organe était, dans sa capsule, soumis à une haute tension.

Le rein gauche, à peu près la moitié moins gros que le droit, avait sa couleur presque normale. Il s'agissait plutôt pour ce rein d'un état en quelque sorte rudimentaire, aggravé par ce fait que de gros tractus graisseux, sortes de prolongements de l'enveloppe graisseuse, émanés du hile, se poursuivaient jusque dans la substance propre du rein. La disposition de la capsule fibreuse parut d'ailleurs normale.

Sippel juge que *l'état du rein droit, constaté dans ce cas sur le cadavre, correspond à ce que l'on a appelé le glaucome du rein*, et il estime que les accidents ont dû se succéder de la façon suivante : sous une influence quelconque et de façon assez brusque, a dû se produire un déplacement de l'uretère droit, d'où les malaises et les douleurs. Comme effet du déplacement de l'uretère, une augmentation de volume telle du rein engorgé correspondant, qu'il s'ensuivit une distension excessive de la capsule du rein, entraînant à son tour, d'après le mécanisme indiqué par Korteweg (1), une stase veineuse considérable et en quelque sorte *l'étranglement du rein dans sa capsule avec anurie consécutive.* Quant au rein gauche, à cause de son état rudimentaire et peut-être par solidarité pathologique, ne put-il ni suppléer à l'inactivité de l'autre rein ni même fonctionner. La stase veineuse dans le rein droit étant parvenue à un très haut degré suffit alors, par elle-même, même après le dégagement de l'uretère droit du fait de l'accouchement, à maintenir l'état d'étranglement de ce rein et par suite à maintenir l'anurie et à causer la mort survenue 40 heures *post partum*.

---

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, décembre 1905, p. 739.

Tout en faisant les réserves nécessaires, l'auteur tire de ces considérations la conclusion suivante : *il est permis d'inférer de ce fait que l'incision, sur le vivant, de la capsule rénale, et éventuellement de la substance même du rein, peut remédier à l'enclavement du rein, à la stase veineuse et aussi à l'anurie.*

R. L.

De l'éclampsie dans l'anurie des éclamptiques (Die Nephrotomie bei Anurie Eklamptischer). A. Sippel, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 45, p. 1341.

La raison de ce second article de Sippel, c'est l'indication qui lui fut donnée par A. Yvert, de Dijon, d'un article de Cavaillon et Trillat relatif à la première observation d'Edebohls de décapsulation du rein pour une éclampsie grave. Or, Sippel, après avoir rappelé cette observation d'Edebohls et aussi la généralisation que fait ce chirurgien de cet acte chirurgical à tout un ensemble de maladies d'*origine rénale*, tient à marquer expressément que, pour lui, à l'heure actuelle au moins, il ne recommande cette méthode thérapeutique que *dans les cas où les accidents tiennent vraiment à une élévation notable de la pression intra-capsulaire*, et dans lesquels la suppression de cette pression exagérée peut faire espérer la suppression d'accidents qui en sont des effets directs. Quant à son efficacité dans les cas d'éclampsie liés à d'autres causes, ou dans d'autres conditions sous la dépendance d'états particuliers du rein, il estime qu'il y a lieu de faire des réserves et de demander à la clinique et surtout à l'anatomie-pathologique un complément de documentation.

R. L.

OUVRAGES REÇUS

Essai sur la puberté chez la femme. Psychologie, physiologie et pathologie, par le docteur Marthe Francillon. Paris, Alcan, 1906.

Atlas der Cystoskopie des Weibes, par le Dr Wilh. Zangemeister. Livraisons 3 et 4 (planches XV-XXVII). Stuttgart, Ferdinand Enke, 1906.

Étiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né, par le docteur P. Lequeux. Paris, G. Steinheil, 1906.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Andrews. Calcification in Gynecology. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, janvier 1906, p. 42. — **Bandler**. Associated nervous conditions in gynecology. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 305. — **Fossati**. Ricerche sperimentali sull' azione del serio di cavallo introdotto nell' addome. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 5, p. 259. — **Franck**. Zur Frage des Menstruationsfiebers tuberkulöser Frauen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 42, p. 1344. — **Frédéricq**. Les injections préventives de sérum dans la gynécologie opératoire. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1905-06, t. XVI, n° 1, p. 2. — **Jewett**. Surgery of the female pelvic Floor. *Brooklyn med. J.*, janvier 1906, p. 4. — **Janet**. La femme et le gonocoque. *Revue de Thérapeut. méd.-chirurg.*, décembre 1905, p. 829. — **Klein**. Therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete der Gynäkologie. *Deutsch Mediz. Wochens.*, 1905, p. 1599. — **Limon**. *Etude histologique et histogénique de la glande interstitielle de l'ovaire.* Th. de Nancy, 1901. — **Lloyd Roberts**. Remarks on the Evolution of operative Gynœkologie. *The Lancet*, janvier 1906, p. 207. — **Mathes**. Ueber Enteroptose nebst Bemerkungen über die Druckverhältnisse im Abdomen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 67, Hft. 2, p. 357. — **Manton**. A third Ovary. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, janvier 1906. p. 29. — **Neumann**. Zur Methodik der Sterilisation der Frau. *Monat. f. Geb. u. Gynäk.*, 1905, vol. XXII, p. 376. — **Pichevin**. Ablation bilatérale des annexes avec hystérectomie ou extirpation unilatérale de la trompe et de l'ovaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 28 novembre 1905, p. 377. — **Pollak**. Die antizipierte Klimax und ihre nächsten Folgen für Organismus. *Monat. f. Geb. und Gynäk.*, 1905, vol. XXII, p. 327. — **Souligoux** et **Lapointe**. Etranglement de l'iléon et de la trompe droite dans une fossette anormale du péritoine pelvien. *Presse médicale*, n° 14, 17 février 1906. — **Taylor**. Leucocytosis in Gynecology. *Am. J. of Obst.*, octobre 1905, p. 532. — **Tweedy**. Two years operative Gynecology in the Rotunda Hospital, etc. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, février 1906, p. 73. — **Varalido**. Sul modo di propagazione della tubercolosi negli organi genitali femminili. *La Clinica Ostetrica*, janvier 1906, p. 1.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Bonnaire** et **Colorni**. La pratica dell' ecouvillonage in Ostetrica. *Annali di Ost. e Ginec.*, novembre 1905, p. 437. — **Jung**. Beitrag zur Heissluftherapie bei Beckenentzundungen. *Munch. med. Wochensch.*, décembre 1905, p. 2521. — **Saladino** et **Scarlini**. Nuove osservazioni sull' applicazione del Thigenol Roche in ginecologia con ricerche bacteriologiche. *Archivio italiano di Ginec.*, novembre 1905, p. 193.

VULVE ET VAGIN. — **Grünbaum**. Die Prognose bei Operationen des Vulvarcarcinoms. *Deutsch. Mediz. Wochensch.*, février 1906, p. 251. — **Jayle** et **Bender**. La leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus. *Rev. de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, 1906, n° 5, p. 963. — **Mac Naughton Jones**. A case of double vaginal Cysts. *The Lancet*, février 1906, p. 513. — **Marx**. Ein Beitrag zur Kenntnis der Cysten des kleinen Labium. *Monatsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1905, vol. XXII, p. 348. — **Rollin**. Le sarcome primitif du vagin chez l'adulte ; diagnostic et traitement des tumeurs solides primitives du vagin. *Rev. de Gyn. et Chir. abdominale*, 1905, n° 6, p. 1055.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Balacesco**. Hystérectomie abdominale totale pour prolapsus génital. *Bull. et Mém. Soc. chirurg. de Bucarest*, novembre-décembre 1905, p. 91. — **Baumm**. Ueber Dammnaht. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1905, p. 469. — **Barozzi**. Les ligaments ronds et l'opération d'Alexander. *La Gynécologie*. décembre 1905, p. 496. — **Bovee (W.)**. My Experience in the treatment of Retrodisplacements of the uterus by operations on the Round, Uterosacral a. Uterovesical Ligaments ; a report of 129 cas. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, décembre 1905, p. 511. — **Bovée (W.)**. The Surgical Treatment of Retrodisplacements of the Uterus. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 105. — **Holden**. Perineorrhaphy by uniting the borders of the levator ani muscles. *Am. J. of Obst.*, octobre 1905, p. 497.

— **Keiller**. A contribution to the Anatomy of hernia of the female pelvic Floor. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 388. — **Le Dentu**. De la rétroversion utérine. *La Presse Médicale*, 21 février 1906. — **Pichevin**. Traitement de la rétrodéviation. *Sem. Gyn.*, 19 décembre 1905. — **Schickele**. Einige kritischen Bemerkungen zur Alexander-Adam'schen Operation, insbesondere über ihr Verhältnis zu den Leistenbrüchen. *Berl. klin. Wochensch.*, 1906, n° 12, p. 341. — **Sinclair**. On Ventrofixation. *British Med. J.*, janvier 1906, p. 190. — **Twedy**. Curative operation for procidentia uteri. *Annals of Gyn. a. Ped.*, septembre 1905, p. 443.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Anspach**. Metrorrhagia myopathica. *Am. J. Obst.*, janvier 1906, p. 1. — **Dickinson**. The Intractable Menorrhagies of arteriosclerosis of the Uterus. *Brooklyn med. J.*, février 1906, p. 45. — **Hendrixe**. Un cas de menstruation précoce. *La Policlinique*, janvier 1906, p. 1. — **Jayle**. Gigantisme utérin ou mégalométrie hémorragique. *Bull. Soc. Internat.*, février 1900. — **Martin**. Un cas de tuberculose hypertrophique du col utérin simulant le cancer. *Arch. prov. de chirurgie*, août 1905, n° 8, p. 471. — **Muller**. The Relation of Malposition of the Uterus to Endometritis. *Am. J. of Surgery*, janvier 1906, p. 15. — **Pichevin**. Crête médiane postérieure de l'utérus. *La Semaine gynécologique*, p. 43. — **Pichevin**. Traitement des métrites. *Sem. gyn.*, 27 février 1906. — **Richelot**. Sur un cas de métrite cervicale tuberculeuse. *La Gynécologie*, décembre 1905, p. 481. — **Richelot**. Un cas de métrite tuberculeuse. *La Semaine gynéc.*, janvier 1906, p. 25. — **Riebold**. Prämenstruelle Temperatursteigerungen. *Deuts. med. Woch.*, 15 et 22 mars 1906.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Amann**. Wachstum und Verand. d. submuk. Myome, *Monatsch. f. Geb. u. G.*, janvier 1906, p. 54. — **Baisch** (**K.**). Der Wert der Drüsenausräumung bei der Operation des Uteruscarcinoms. *Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, février 1905. — **Boursier**. De la torsion des fibromes sous-séreux de l'utérus. *Sem. gyn.*, 1905, p. 329. — **Clark**. Has experience sustained the more radical operation for Cancer of the Uterus. *Surgery, Gynecolog. a. Obstetrics*, janvier 1906, p. 146.— **David**. Torsion des fibromes au cours de la grossesse. *La Semaine gynéc.*, mars 1906, p. 73. — **Dartigues**. Fibromyome en sablier extirpé par hystérotomie. *Bull. Soc. Internat*, 28 décembre 1905. — **Doran**. A Myomectomy and an Ovariotomy for fibroma during Pregnancy. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the British Empire*, novembre 1905, p. 297. — **Dujon**. Fibrome utérin chez une jeune fille de 18 ans, difficulté du diagnostic, hystérectomie, etc. *Annales médic.-chirurg. du Centre*, mars 1906, p. 101. — **Griffith**. A Case of Fibro-myoma of the Uterus undergoing Sarcomatous changes. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, février 1906, p. 84. — **Keiffer**. Recherches sur la localisation et le mode de développement des myomes de l'utérus humain. *La Gynécologie*, p. 37. — **Lewis**. Malignancy in uterine myomata. *Am. J. of Obst.*, octobre 1905, p. 481. — **Manton**. Myomectomy. *Am. J. Obst.*, janvier 1906, p. 73. — **Mirto**. Intorno all'influenza dei fibromiomi sull apparechio cardio-vascolare. *Annali di Ost. e Ginec.*, décembre 1905, p. 670. — **Offergeld**. Hirnmetastasen nach Uteruscarzinom. *Monatsschr. f. Geb. und Gynäkologie*, 1905, p. 514. — **Opitz**. Stand der Bekämpf. der Gebärmutter Krebses. *Monat. f. G. u. G.*, janvier 1906, p. 62. — **Peraire**. Hystérectomie abdominale totale pour lésions hémorragiques de la muqueuse du corps de l'utérus. *Bull. Soc. Internat.*, décembre 1905, n° 2. — **Petit** (**P.**). Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin. *Le Concours médic.*, 1906, n° 2, p. 25. — **Petit**. Diagnostic du début de l'épithéliome utérin. *Sem. gyn.*, janvier 1906, n° 3. — **Potherat**. Fibrome utérin. Dégénérescence myxomateuse. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, décembre 1905, p. 1145. — **Schickele**. Die Malignität der Blasenmole. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII. Hft. I. p. 211. — **Schindler**. Ergeb. bei der Freund-Wertheimschen Radicaloperation der Uterus Karzinom. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1906, p. 78. — **Soli**. Ricerche ematologiche nella gravidanza durante le epoche catameniali. *Archivio di Ost. e Ginec.*, septembre 1905, p. 513. — **Stewart**. Enucleation of Fibro-myoma of Uterus during Pregnancy. *British med. J.*, mars 1906, p 548. — **Varaldo**. Sugli adenomiomi e cistoadenomi dell'utero e delle tube. *Annali di Ost. e Ginec.*, décembre 1905, p. 618. — **Viana**. Contributo allo studio della necrosi dei fibromiomi uterini in gravidanza. *Archivio italiano di Ginec.*, novembre 1905, p. 219. — **Viana**. Sopra un caso di sincizioma maligno. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 9, p. 549. — **Vineberg**. The Etiology of Cancer of the Pelvic Organs. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 410. — **Wilson**. An Adress on the necessity for immediate Diagnosis in Cases of Uterine Cancer. *British med. J.*, mars 1906, p. 545. — **Winter**. Die malignen u. benignen Degenerationen der Uterusmyome. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVII, Hft. I, p. 8.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DEPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Doléris**. Maladies des annexes de la femme, des salpingites. *La Gynécologie*,

décembre, 1905, p. 508. — **Findley**. Intermittent hydrosalpinx. *Am. J. Obst.*, février, 1906, p. 234. — **Grad**. Pus collections in the female pelvis. *Am. J. Obst.*, février, 1906, p. 239. — **Leopold**. Zur Operations behandlung der puerperalen Peritonitis und Pyœmie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 78, Hft. 1, p. 1. — **Meyer**. Appendicitis complicating Pregnancy. *Am. J. Obst.*, mars, 1906, p. 358. — **Mac Naughton**. Pus in the Pelvis. *Brooklyn med. J.*, 5 avril 1906, p. 1. — **Morian**. Ueber die Douglaseiterungen. *Munch. med. Wochensch.*, janvier 1906, p. 119. — **Patel**. Pyo-salpinx tuberculeux bilatéral, salpingectomie double. *Bull. de la Soc. chirurgic. de Lyon*, décemb. 1905, p. 321. — **Pichevin**. A propos de la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique. *La Semaine gyn*, janvier 1906, p. 28. — **Ulesko Stroganowa**. Struma ovarii. *Monatsschrift für Geburtshulfe und Gynäkologie*, 1905, p. 503. — **Savare**. Sulla natura dei cosi detti calcoli delle frange tubariche. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 5, p. 247. — **Steffeck**. Zur Behandlung entzündlicher Adnextumoren. *München. med. Wochensch.*, décemb. 1905, p. 2419.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Amann**. Ueber sekundare Ovarialtumoren. *Münchener med. Wochensch.*, décemb. 1905. p. 2414. — **Berkeley**. Parovarian Cyst with twisted Pedicle. *British m. J.*, octobre 1905, p. 925. — **Cullen**. Primary carcinoma of the right Fallopian tube. *Johns Hopkins hospitals Bulletin*, déc. 1905, p. 397. — **Gentili**. Ueber das Verhalten des Eierstocksrestes bei Dermoicysten. *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. 77, Hft. 3, p. 616. — **Goullioud**. Torsion intra-ovarienne d'un kyste de l'ovaire *Bull. de la Soc. chirurg. de Lyon*, décemb. 1905, p. 325. — **Guilliot**. Complications des fibromes de l'ovaire. *La Presse médicale*, février 1906, p. 130. — **Hirst**. Pseudo-myxoma peritonii. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 345. — **Monprofit**. Kyste ovarique en communication avec la cavité péritonéale. *Annal. méd.-chir. du Centre*, 25 fév. 1906, n° 8, p. 85. — **Norris**. A Clinical study of the complications arising in sixty-three consecutive Cases of ovarian Tumors with special referency to Malignancy. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 30. — **Pfaff**. A further Consideration of mesenteric Cysts. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 217. — **Pichevin**. Sur un point de la technique de l'ablation annexielle, *La Semaine gynécol.*, décemb. 1905. p. 385. — **Pichevin**. Ablation des poches kystiques en gynécologie. *Sem. gyn.*, 13 mars 1906. — **Schottlander**. Beitrag zur Lehre von den Dermoidcysten des Eierstocks. *Arch. f. Gyn.* Bd. 78, Hft. 1, p. 137. — **Walther**. Tumeur de l'ovaire. *Bull. et mém. Soc. chirurgie. de Paris*, janvier 1906, p. 57.

ORGANES URINAIRES. — **Frédéricq**. Corps étranger dans la vessie. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.* T. XVI, n° 3, p. 30. — **Gallant**. The gynecological Bladder. *Med. News*, octobre 1905, p. 734. — **Lichtenauer**. Sollen wir die Reimplantation der Ureters intra oder extraperitoneal vornehmen. *Monatsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1905, vol. XXII, p. 382. — **Nassauer**. Kompression der harnführenden Organe durch Adnextumoren. *Munch. med. Wochensch.* décemb. 1905, p. 2527. — **Philipps**. A Case of vesico-vaginal Fistula followed by hœmatometra and Pyonephrosis. *The Lancet*, novemb. 1905, p. 1.466. — **Reclus**. Traitement des fistules vésico-vaginales. *Gaz. des hôpitaux*, décemb. 1905, p. 1731. — **Reene**. The Closing of vesico-vaginal fistulæ. *Am. J. of Obst.*, octobre 1905, p. 546. — **Rissmann**. Zur abdominalen Ureterimplantatión. *Monats. f. Geb. u. Gynak.*, 1905, vol. XXII, p. 389.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bérard**. Grossesse tubaire et pyosalpinx ; rupture de la poche tubaire au cours de l'anesthésie ; castration abdominale, guérison. *Bull. Soc. chirurgie de Lyon*, décemb. 1905, p. 319. — **Pichevin**. Grossesse extra-utérine et ablation bilatérale des annexes. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 297.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Cumston (G.)**. The Prophylaxis of abdominal Adhesions. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 381. — **Giglio**. XI Laparotomie per indicazioni diverse. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 2, p. 49. — **Lewis**. The technique of Abdominal Sections. *Med. Record*, septembre 1905, p. 529. — **Mckaj**. One hundred consecutive abdominal Sections performed at the Lewisham hospital without a Death. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 175. — **Venat**. La laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1906, p. — **Yates**. An experimental Study on the local Effects of peritoneal Drainage. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, décembre 1905, p. 473.

OBSTÉTRIQUE

OBSTÉTRIQUE. ACCOUCHEMENT. — **Ahlfeld**. Wann und wie soll die dritte Geburtsperiode beendet werden. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVII, Hft. I, p. 82. — **Clarke**. Some

Observations respecting the Treatment of Face Presentations. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 221. — **Gedder**. Occipito-posterior Presentation. *British med. J.*, mars 1906. p. 549.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Chidichmo**. La manifestazione di fatica nei muscoli licei che incominciano a lavorare dopo un lungo periodo di riposo. *Archivio italiano di Ginec.*, novembre 1905, p. 235. — **Fossati**. Le variazion dell' attivita lipolitica di alcuni organi nel loro sviluppo. *Annali di ost. e. ginec.*, novembre 1905, p. 510. — **Hofmeier**. Ein Beitrag zur decidualen Reaktion der Cervix. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 359.— **Kurdinowski**. Klinische Wurdigung einiger experimenteller Ergebnisse beziehentlich der Physiologie der Uteruscontraction. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. I, p. 34. — **Keiffer**. Recherches sur l'anatomie et la physiologie vasculaires de l'utérus humain. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XVI, n° 2, p. 15. — **Mariani**. Ricerche sull'ammoniaca nello stato puerperalie. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 5, p. 569. — **Roberts (C.** — On the uniform lineal Growth of the human fœtus. *The Lancet*, février 1906, p. 295. — **Schütz**. Die placentare Uebertragung der naturlichen Immunitat. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1905, n° 40.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Bricet**. Grossesse nerveuse et faux travail. *Bull. mensuel Soc. vaudoise des Sages-femmes*, 1906, n° 2, p. 24. — **Jeannin**. Séméiologie des lochies. *Presse médicale*, 14 mars 1906. — **Strauss**. The Toxemia of Pregnancy. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 392.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Eonnet**. Hydramnios et grossesse gémellaire. *Anjou médical*, décembre 1905, p. 302. — **Pellhov**. Un cas de grossesse quintuple. *Bull. mensuel*, 1905, n° 10, p. 152.

DYSTOCIE. — **Ballantyne**. Delivery of the Hydrocephalic Fœtus by Spinal Tapping, a second Case. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, février 1906, p. 106. — **Besson**. Un Caso di parto in donna con imeno integro. *La Clinica Ostetrica*, janvier 1906, p. 14. — **Frankenstein**. Kollision von Zwillingen bei der Geburt. *Deutsche med. Wochensch.*, mars 1906, p. 380. — **Pouliot**. Perforation utérine coïncidant avec cloison vaginale. Accouchement en bloc d'un œuf d'environ 6 mois : enfant vivant. *Archives générales de médec.*, décembre 1905, p. 1087.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Leicester**. A case of ectopic Gestation with apperently ruptured Twice. *The Lancet*, novembre 1905, p. 1396. — **Lichtenstein**. Zur Diagnose der Extrauteringravidität durch Röntgenstrahlen. *Munch. med. Wochensch.*, mars 1906, p. 498. — **Michin**. Wiederholte Extrauterinschwangerschaft in ein und derselben Tube, Zwillinge. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, p. 455. — **Miller**. A Case of Combined Extrauterine and intrauterine Pregnancy. *Med. Rev.*, octobre 1905, p. 580. — **Reed**. Abdominal pregnancy, persisting beyond the normal period of Gestation, with Report of Cases. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 105.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Abbott**. Iniencephalus. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, 1905, n° 4, p. 236. — **Bauereisein**. Ueber Acardius. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXVII, Hft. III, p. 557. — **Betti**. Due Casi di ittero sifilitico dei neonati. *La Clinica Ostetrica*, janvier 1906, p. 32. — **Blount (A.)**. A Case of Melana neonatorum *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 248. — **Bochenski**. Ein Fall von intrauterin acquirierter Pneumonie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, p. 503. — **Hoag**. Injuries to the Child inflicted at Birth. *Am. J. Obst.*, janvier 1906, p. 50. — **Hartz**. Abnabelung und Nabelerkrankung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 77. — **Kœppe**. Säuglingsmortalität u. Auslese im Darwinschen Sinien. *Munchener mediz. Wochensc.*, janvier 1906, p. 222. — **Mac Naughton-Jones**. Monster of seventh Month removed by Hysterectomy. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, 1905, n° 4, p. 242. — **Marconi**. Acondroplasia fetale e speciali alterazioni placentare. *Annali di Ost. e Ginec.*, décembre 1905, p. 684. — **Queirel**. De l'ophtalmie des nouveau-nés. *Bull. mensuel*, 1905, n° 11, p. 169. — **Schilling**. Zur Kenntniss der intrauterina Totenstarre. *Munchener mediz. Wochensch.*, février 1906, p. 270. — **Schultze**. Zur Lehre vom Scheinstod der Neugeborenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. LVII, Hft, I, p. 1.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barnabivi**. Craniotomia e basioclisia. *La Clinica Ostet.*, février 1906, p. 49. — **Bauereisen**. Ueber die Hebotomie. *Munchen. mediz. Wochensch.*, décembre 1905, p. 2481. — **Blumreich**. Zur Frage der Hebotomie. *Deut. med. Woch.*, n° 8, 22 février 1906, p. 298. — **Breau**. Du moment de choix pour entreprendre l'opération césarienne. *Archives méd. d'Angers*, janvier 1905, p. 33. — **Brodhead**. Forceps, version and Craniotomy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, février 1906, p. 74. — **Gentili**.

Su taglio cesareo vaginale. *Archivio di Ost. e Ginec.*, décembre 1905, p. 705. — **Hofmeier.** Der « vaginale Kaiserschnitt » und « die chirurgisch Aera » in der Geburtshilfe. *Deutsche med. Wochensch.*, février 1906, p. 175. — **Kannagiener.** Beitrag zur Hebotomie auf Grund von 21 Fallen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 78, Hft. 1, p. 52. — **Laurendeau.** Pubiotomie. *Union Méd. du Canada*, janvier 1906, p. 16. — **Neugebauer.** Kaiserschnitt. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, janvier 1906, p. 33. — **Reed (C.).** The Indications for forceps at Cook County Hospital. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, janvier 1906, p. 22. — **Rühl.** Ueber den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenen vaginalem Kaiserschnitt. *München. mediz. Wochensch.*, mars 1906, p. 607. — **Truzzi.** Di du Casi di ebotomia ed a proposito dell' ampliamento della pelvi materna. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 9, p. 229. — **Zeigler.** Artificial Dilatation of the Pregnant a Parturient Uterus. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 368.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld.** Fruchtwasserschwund in der zweiten Schwangerschafthalfte, eine typische Form der oligohydramnie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 57, Hft. 1, p. 67.— **Bayan.** Recurrent Herpes Gestations. *The Lancet*, février 1906, p. 512. — **Brickner.** Fibroma molluscum gravidarum : a new clinical entity. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 191. — **Campbell.** A Case of measles in the Puerperium. *British med. J.*, février 1906, p. 315. — **Cumston.** Pyelonephritis of Pregnancy. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 4, p. 221.— **Cumston.** Pyelonephrites of pregnancy considered from the obstetrical and surgical standpoint. *The american Journal of the Medical Sciences*, janvier 1906, p. 118. — **Davis (E.).** The treatment of placenta prœvia. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, janvier 1906, p. 18. — **Davis.** Appendicitis complicating Pregnancy and Parturition. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 351. — **De la Harpe.** On the treatment of puerperal Eclampsia by large doses of Morphia, with a series of hitherto impublished statistics from the Rotonda Hospital, février 1906, p. 102. — **Dighton.** A case of complete Inversion of the Uterus in Parturition. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, 1905, n° 4, p. 250. — **Doléris.** Traitement intégral de l'infection puerpérale. *La Gynécologie*, février 1906, p. 1. — **Falx** et **Herlinet.** Notes pratiques sur le traitement de l'éclampsie. *Gaz. méd. du Centre*, février 1906, p. 52. — **Futh.** Ueber die hohe Mortalität der Perityphlitis wahrend der Schwangerschaft. *Munchen. mediz. Wochensch.*, février 1906, p. 401. — **Goulot.** A case of Pregnancy complicated by Chorea gravidarum and Eclampsia. *The Lancet*, octobre 1905, p. 1180. — **Henrotay.** Trois cas d'éclampsie, deux applications du dilatateur de Bossi. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XVI, n° 3, p. 33. — **Huster.** Rupture of the Uterus with escape of Child in the abdominal Cavity. *The Lancet*, mars 1906, p. 752. — **Impallomeni** et **Senni.** In causa di Aborto seguito da morte, Relazione di perizia medico-legale. *La Clinica Obst.*, mars 1906, p. 97. — **Jayle.** Sténose spontanée de l'orifice externe du col de l'utérus après l'accouchement. *Bull. Soc. Internat.*, 28 décembre 1905. — **Jones.** A Case of hœmatoma of the labium Majus formed during Labour. *British m. J.*, octobre 1905, p. 926. — **Lehmann.** Betrachtungen über Geburten mit übelriechendem Fruchtwasser. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 78, Hft. 1, p. 198. — **Liepmann.** Zur Etiologie der Eklampsie. *Munchen. mediz. Wochensch.*, décembre 1905, p. 4284. — **Lop.** Infection puerpérale à Staphylocoque. *Gaz. des Hôpitaux*, mars 1906, p. 400. — **Magnus a Tate.** Pregnancy associated with Diabetes. *Am. J. Obst.*, p. 65. — **Milligan.** On a case of Pyelonephritis of Pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, février 1906, p. 95. — **Naumann.** Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der Fehlgeburt. *Deutsche med. Zeitung*, octobre 1905, p. 945. — **Opitz.** Zur chirurgischen Behandlung der puerperalen Pyämie. *Deutsche med. Wochensch.*, décembre 1905, p. 2008. — **Pfeilsicker.** Zur Casuistik der extramembranösen Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 77, Hft. 3, p. 635. — **Pichevin.** Traitement médical de l'infection puerpérale. *La Semaine gynécologique*, p. 51. — **Poisot** et **R. Merry.** Tétanos utérin post-abortum à évolution subaiguë. *Arch. gén. de Méd.*, 23 janvier 1906. — **Pollitzer** Remarks on the Dermatoses of Pregnancy. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 199. — **Poten.** Todliche Nephritis bei Gebärenden ohne Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 77, Hft. 3, 648. — **Preiss.** Ein Beitrag zur Verhutung der Kindbettfiebers. *Berlin. klin. Wochensch.*, octobre 1905, p. 1338. — **Rizatti.** Contributo alla terapia dell' utero gravido retroverso. *Annali di Ost. e Ginec.*, novembre 1095, p. 475. — **Rod.** Fœtal Rupture of a Pyosalpinx during Labour. *The Lancet*, février 1906, p. 365. — **Royster.** Acute yellow atrophy of the Liver following Eclampsia. *Med. Record.*, janvier 1906, p. 8. — **Rudaux.** Sudden. death at the End of Pregnancy, cœsarean operations, living Children. *Annals of Gyn. a. Ped.*, octobre 1905, p. 507. — **Rudaux.** Troubles vésicaux de la puerpéralité. *Arch. G. de médecine*, 1905, p. 1873. — **Ruppannier.** Ueber Pyelonephritis in der Schwangerschaft. *Munch. mediz. Wochensch.*, février 1906, p. 524. — **Saradeth.** Zur Verhutung des Puerperalfiebers. *Munch. mediz. Wochensch.*, janvier 1906, p. 82. — **Scheurer.** Ueber Cervixverletzungen bei Primiparen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 77, Hft. 3, p. 581. — **Stevens.**

Puerperal septicemia. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1906, p. 12. — **Stone**. The gonococcus in the puerperium with Report of seventeen Cases. *Surgery, Gynecol. a. Obstetrics*, février 1905, p. 151. — **Strauss**. The toxemia of Pregnancy. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 145. — **Vincent**. Guérison d'une septicémie puerpérale par abcès de fixation. *Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon*, décembre 1905, p. 323. — **Warren**. Placenta prœvia : a Serie of 94 cases. *The Lancet*, février 1906, p. 276.— **Whitridge William**. Pernicious vomiting of pregnancy. *Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, Baltimore, mars 1906, p. 71. — **Wilson**. Rupture of Uterus with illustrative cases. *The Lancet*, février 1906, p. 289. — **Zinke**. The treatment of puerperal Eclampsia. *Am. J. Obst.*, février 1906, p. 226.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Biancardi**. Di alcune esperienze sulla cura declorurante nelle nefriti e nelle albuminurie nel campo ostetrico. *Annali di Ost. e Ginec.*, décembre 1905, p. 641. — **Bürger**. Die Bedeutung der hystereuryse in der Geburtshulfe. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 77, Hft. 3, p. 485. — **Fromme**. Ueber prophylaktische und therapeutische Anwendung des Antistreptokokkusserum. *Munchener mediz. Wochensch.*, janvier 1906, p. 20. — **Gastonguay**. Traitement de l'infection puerpérale grave par les injections intra-veineuses de collargol. *Bull. méd. de Québec*, décembre 1905, p. 145. — **Jacobson**. Evolution in Axis Traction : an advance upon the Methode of utilising the principle of Axis Traction in Vogue in obstetrical Practice, etc. *Am. J. Obst.*, mars 1906, p. 326. — **Laurendeau**. De la Scopolamine comme anesthésique en obstétrique. *Union méd. du Canada*, janvier 1906, p. 21. — **Marocco**. Sulla puerperalizzazione artificiale dell'Utero nella cura delle sue forme chroniche. *Archivio italiano di Ginec.*, 1906, n° 1, p. 1. — **Mirto**. La puntura lombare ed il veratrum viride nella cura dell'accesso eclamptico. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 12 p. 580. — **Völker**. Erfahrungen über Spinalanalgesie mit Tropakokain. *Monatsschrift für Geburtshulfe und Gynækologie*, 1905, p. 475.

VARIA. — **Bucura**. Geburtshülfliche Statistik der Klinik Chrobak. *Arch. f. Gyn.* Bd. 67, Hft. 2, p. 453. — **Duffield**. Some obstetrical Methods practiced in the Philippines. *Med. Record*, janvier 1906, p. 136. — **Hellier**. Example of a Pelvis deformed in consequence of infantile Paralysis. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.* mars 1906, p. 177. — **La Torre**. Rendiconto statistico dell'istuto « La Torre » etc. *La Clinica ostetrica*, janvier 1906, p. 25 ; 59. — **Natvig**. Die Kenntniss des menschlischen Uterus bei den Hippokratikern kritisch-historische Bemerkungen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. 57, Hft. 1, p. 89. — **Van Horn**. Aseptic Midwifery. *Am. J. Obst.*, décembre 1905, p. 79. — **White**. The Relation of conception and Birth to season and hour. *Am. J. Obst.*, octobre 1905, p. 527.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

UN CINQUIÈME CAS D'INVERSION UTÉRINE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR L'APPLICATION DU BALLON DE M. CHAMPETIER DE RIBES, GONFLÉ AVEC DE L'AIR

Rapport sur un travail du docteur PAUL MANTEL (de Saint-Omer)

Par M. le Professeur A. **PINARD** (1).

M. le docteur Paul Mantel, de Saint-Omer, m'a demandé de présenter à l'Académie un travail dans lequel il relate un cas d'inversion utérine traitée avec succès, grâce à l'emploi du ballon de notre collègue Champetier de Ribes.

Je crois nécessaire d'abord de donner le résumé des points intéressants et importants de cette nouvelle observation.

Femme âgée de 26 ans, tertipare. Premier accouchement terminé par une application de forceps, le deuxième spontané.

Troisième grossesse évoluant normalement. Accouchement terminé par une application de forceps facile, pour lenteur excessive de la période d'expulsion. Le travail avait duré vingt heures et la période d'expulsion *sept heures*.

Inversion de l'utérus pendant la délivrance, pratiquée par traction sur le cordon. Pas d'hémorragie. Le placenta, inséré au fond de l'utérus, est décollé et séparé de l'utérus par des caillots, mais les membranes sont encore adhérentes au niveau de toute sa périphérie. L'accoucheur passe son doigt à travers le placenta, décolle ensuite les membranes. Ensuite il refoule doucement l'utérus dans le vagin et réduit facilement l'utérus.

Le docteur Paul Mantel est appelé une heure après et trouve l'accouchée en parfait état. Il constate à l'aide du palper que l'utérus a repris sa situation, sa forme et sa consistance normales, et à l'aide du toucher que le vagin est libre, le col accessible et que les culs-de-sac sont normaux.

Pendant 4 jours, tout se passa bien, mais le cinquième, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, la parturiente s'accroupit pour uriner et sent à ce moment quelque chose « bouger dans son ventre »; aucune hémorragie ne se produisant, elle ne s'en inquiète pas, et ce n'est que le lendemain que son médecin, informé de ce qui s'était passé la veille, pratique le toucher et constate que l'utérus s'est de nouveau inversé complètement dans le vagin.

Le docteur Mantel est appelé à nouveau. Il reconnaît que l'utérus est totalement inversé dans le vagin et, en raison de sa consistance, apprécie que la rétropulsion manuelle est impossible. Il fait alors une toilette complète de l'utérus

(1) Rapport présenté à l'Académie de médecine, séance du 3 avril 1906.

et du vagin à l'aide de l'eau oxygénée et introduit un ballon Champetier de Ribes grand modèle, gonflé avec de l'*air*. Le ballon bien supporté, n'ayant déterminé que quelques coliques, est retiré après vingt-quatre heures pour faciliter la miction, et on constate alors que l'inversion a complètement disparu.

Par prudence, le ballon est réintroduit et maintenu en place pendant huit jours. Après ce laps de temps, il est enlevé définitivement, l'état local et l'état général ne laissant rien à désirer.

Tel est l'exposé succinct de cette observation que notre confrère fait suivre de réflexions, concernant la fréquence, l'étiologie et le traitement de l'inversion utérine.

Je dois dire que Mantel avait le droit de faire ces réflexions, car il possède sur ce point une expérience bien rare, ayant eu l'exceptionnelle bonne fortune d'observer personnellement *six cas* d'inversion utérine. Les cinq observations antérieures ont été publiées par lui, dans un travail intitulé : *l'Inversion utérine et son traitement par l'application du ballon de M. Champetier de Ribes*, et paru dans la *Gazette médicale*, en 1904.

J'arrive maintenant à l'examen et de l'observation et des réflexions qui la suivent.

Cette observation est surtout remarquable par ce fait, qu'elle montre une inversion utérine s'étant produite au moment de la délivrance et ayant été immédiatement et facilement réduite, *se reproduisant quatre jours après, sous l'influence seule de la poussée des viscères abdominaux pendant un effort de l'accouchée*. C'est là un fait qu'il sera bon de ne pas oublier, et nous devons être reconnaissants à notre confrère de Saint-Omer de nous l'avoir signalé avec insistance.

A propos de la fréquence de l'inversion utérine, le docteur Paul Mantel pense que si cet accident est rarement observé dans les Maternités, il l'est relativement bien plus fréquemment dans les campagnes.

J'avoue sur ce point partager sa manière de voir. Je n'ai jamais vu un seul cas d'inversion utérine se produire dans les différents services d'accouchements où j'ai été comme interne ou comme chef de clinique, ou que j'ai eu l'honneur de diriger, c'est-à-dire que je n'ai pas vu un seul cas d'inversion utérine sur plus de 60.000 accouchements. Tous les cas qu'il m'a été donné d'observer m'ont été amenés du dehors, ou je les ai vus en dehors de la clientèle hospitalière, dans la clientèle privée, appelé par des confrères ou des sages-femmes.

Il est certain que la manière de pratiquer la délivrance a une grande influence sur la genèse de cet accident redoutable et que d'autre part le

repos au lit de nos accouchées l'empêche de se produire, alors que le travail, repris souvent après l'accouchement chez les femmes de la campagne, le favorise.

Comme tous les accoucheurs, Mantel pense que les tractions intempestives faites sur le cordon constituent la cause la plus fréquente. Mais, comme tous aussi, il reconnaît l'influence des causes prédisposantes.

Parmi ces causes, il note en première ligne l'insertion du placenta sur le fond de l'utérus, fait qui, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, constitue une rareté. Sur ce point encore, je suis de l'avis de notre confrère, et cette opinion que je professe depuis longtemps est partagée par mon collègue et ami le professeur Queirel, qui a insisté sur ce point à propos d'un cas d'inversion utérine *absolument spontanée* qui s'est produite dans son service et dont il a donné connaissance à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (2 juin 1902). Je me borne à dire ici que, dans les sept cas d'inversion où j'ai pu voir le placenta adhérent, l'insertion placentaire siégeait exactement sur le fond de l'utérus.

Assurément, il faut encore d'autres causes prédisposantes, parmi lesquelles l'inertie primitive ou l'inertie secondaire de l'utérus jouent un grand rôle. Ainsi nombre d'inversions utérines sont observées à la suite d'application de forceps. Et, dans l'observation que je rapporte, une application de forceps avait été nécessaire après une période d'expulsion de huit heures. Il est certain que la brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, peut être la cause de l'inversion, aussi bien dans l'accouchement spontané que dans l'accouchement artificiel. Je ne parle pas des cas tout à fait exceptionnels où l'inversion utérine peut être favorisée par des tumeurs intra ou extra-utérines.

En résumé, il faut se rappeler que si l'inversion utérine peut se produire spontanément, le plus souvent ce sont les tractions exercées sur le cordon qui doivent être incriminées.

Aussi, ne saurait-on assez recommander de ne jamais quitter le fond de l'utérus sous la main, tant que le placenta n'est pas hors des organes génitaux. La poulie de renvoi faite avec les deux mains, enseignée, conseillée autrefois, doit être absolument proscrite de la pratique.

Quant au traitement, je ne puis partager complètement la manière de voir de notre confrère. Pour le traitement, il parle d'inversion obstétricale et d'inversion chirurgicale. Je ne puis le suivre sur ce terrain.

Pour moi, il peut y avoir et on peut rencontrer : soit une *inversion utérine immédiate*, c'est-à-dire produite immédiatement après l'accouche-

ment, avant ou après la délivrance; soit une *inversion utérine récente*, c'est-à-dire existant quelques heures ou quelques jours après l'accouchement ; soit une *inversion utérine chronique*, c'est-à-dire existant depuis des semaines ou des mois. A ces trois variétés correspondent trois traitements, qu'on peut résumer ainsi :

Inversion utérine immédiate. — Réduction manuelle immédiate dans l'intervalle des contractions. Si le placenta est encore adhérent, le décoller rapidement avant de tenter la réduction. Si l'utérus est sorti complètement, le repousser d'abord doucement dans le vagin, avant de commencer la manœuvre de retournement. Prendre ensuite les précautions voulues après la réduction : repos absolu, absence d'efforts, introduction du ballon Champetier, s'il y a menace de reproduction de l'inversion.

Inversion utérine récente. — Quand l'utérus ne paraît pas menacé de sphacèle, le désinfecter et essayer le retournement manuel ; s'il est impossible, introduction du ballon Champetier de Ribes, qui me paraît d'une efficacité plus grande que tous les tamponnements ou pessaires, à tiges ou autres, conseillés et employés jusqu'ici. Sur ce point, je suis absolument d'accord avec le docteur Paul Mantel. C'est une pratique que j'ai fait connaître dès 1901.

Doit-on remplir le ballon avec de l'air ou avec de l'eau ? J'avoue que sur ce point je n'ai pas d'opinion arrêtée J'ai réussi avec de l'eau, le docteur Mantel a réussi avec de l'air. Je crois que l'on pourra indifféremment employer l'un ou l'autre. Mais il me semble que l'emploi des ballons de différentes grosseurs sera indispensable dans certains cas.

Si l'utérus est sphacélé, il n'y a plus à songer à la réduction, l'intervention chirurgicale s'impose comme dans la plupart des cas d'*inversion utérine chronique*.

Quoi qu'il en soit, les observations du docteur Mantel jointes aux miennes prouvent l'efficacité du ballon Champetier de Ribes dans les cas d'inversion utérine récente. C'est un moyen facile à employer, qui est à la portée de tous les praticiens. C'est là un nouveau bienfait du ballon et je suis heureux de saisir cette occasion pour adresser à notre collègue Champetier de Ribes l'expression de ma reconnaissance pour avoir doté l'arsenal obstétrical d'un instrument qui nous rend chaque jour tant de précieux services.

OPÉRATION CÉSARIENNE POUR RUPTURE IMMINENTE DE L'UTÉRUS

Par M. le Dr **POTOCKI** (1).
Professeur agrégé, accoucheur-adjoint de la Maternité.

La rupture de l'utérus est l'un des accidents les plus graves qui puissent s'observer pendant l'accouchement. La mort en était, il y a quelques années seulement, la terminaison presque fatale. Aujourd'hui, fort heureusement, le pronostic s'est amélioré et on n'en est plus à compter les cas de guérison après intervention chirurgicale faite à temps. C'est ainsi que le professeur Pinard et moi en avons rapporté deux observations suivies de succès (2). Il n'en reste pas moins qu'un grand nombre de femmes succombent encore, soit d'hémorragie ou de shock dans les minutes qui suivent la rupture, soit de septicémie après l'opération. Aussi serait-il vraiment désirable que les accoucheurs fussent en mesure de déterminer à quel moment précis une rupture de l'utérus est inévitable, de connaître, en un mot, les signes prémonitoires de ce grave accident. Cette première question résolue, resterait encore à en résoudre une seconde : Quelle est la meilleure conduite à tenir en présence d'une rupture imminente de l'utérus ? Ce sont ces questions que je me suis posées dans les circonstances suivantes, que je crois intéressant de communiquer à notre Société.

Il s'agissait d'une femme de 24 ans, ménagère, enceinte pour la troisième fois et qui est entrée à la Maternité le 17 septembre 1903. Cette femme avait eu ses dernières règles le 5 décembre précédent et était, par conséquent, à terme.

Les premières douleurs avaient apparu le 16 septembre, à 8 heures du soir, et le travail s'était poursuivi régulièrement jusqu'au lendemain matin où la femme vint demander assistance à la Maternité.

A son entrée, à 8 heures du matin, on constate que l'utérus est régulier, exagérément distendu et en antéversion assez accusée ; sa hauteur

---

(1) *Communication faite à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, le 3 avril 1906.

(2) *Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, avril 1904.

est de 37 centimètres ; la circonférence passant par l'ombilic mesure 112 centimètres.

La tête, très mobile, est au-dessus du détroit supérieur, mais tend à fuir vers la fosse iliaque droite. Dos à gauche. Bruits du cœur bons, à gauche de la ligne médiane.

Au toucher, dilatation comme une paume de main, poche des eaux volumineuse, partie fœtale mobile, à peine accessible, et dont on ne peut apprécier les caractères.

Le promontoire est saillant, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 cm. 8 ; sacrum concave, bassin annelé. Les parties latérales du bassin sont assez facilement explorées, en sorte que le bassin est petit dans toutes ses dimensions.

Le non-engagement de la tête est donc dû à un rétrécissement du bassin. D'ailleurs, la femme est de petite taille, 1 m. 42, et on constate chez elle de nombreux stigmates de rachitisme.

L'interrogatoire nous apprend que la parturiente a été réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis lors régulièrement, chaque fois pendant quatre jours.

A 18 ans, elle est accouchée à terme, à l'hôpital de la Pitié, d'un enfant vivant, extrait au forceps, mort à 28 mois de méningite. Suites de couches normales.

A 20 ans, en 1899, elle accouche à terme à la Maternité, mais spontanément cette fois, d'un enfant vivant. Hémorragie de la délivrance. Suites de couches normales.

La grossesse actuelle est donc la troisième grossesse. Vomissements et épistaxis pendant les quatre premiers mois. Pendant tout le cours de la gestation, la femme a souffert d'une douleur dans le flanc gauche.

Étant donnés ces commémoratifs et malgré l'absence d'engagement, on espère que l'accouchement se terminera bien ; on compte que la tête s'engagera au détroit supérieur et descendra dans l'excavation pelvienne après l'écoulement des eaux, comme cela a lieu si souvent dans les cas de rétrécissement du bassin. Au reste, les contractions utérines sont fréquentes et énergiques, et l'enfant ne paraît pas avoir un développement exagéré, l'excès de volume de l'utérus étant dû à l'exagération de la quantité du liquide amniotique. On maintient la tête au détroit supérieur à l'aide d'un bandage approprié.

9 heures du matin. — Les bruits du cœur sont bons. La dilatation est presque complète.

11 heures du matin. — La dilatation est complète. On rompt la poche des eaux. Le liquide amniotique est verdâtre. Cependant, les bruits de cœur ont toujours été bons et le sont encore.

Au bout de quelques minutes, on constate que l'orifice externe est un peu revenu sur lui-même, car la tête du fœtus n'appuie pas sur lui. Toutefois, la tête qui, jusqu'ici, était encore mobile, se fixe au détroit supérieur. Elle est inclinée sur son pariétal antérieur; la fontanelle postérieure, située à gauche, est plus accessible que la fontanelle antérieure située à droite : la tête est donc fléchie. On constate, de plus, que l'orifice interne est rétracté sous forme d'un anneau à bord saillant, dont les dimensions sont celles d'une paume de main et qui est appliqué solidement contre la tête.

Les contractions sont très énergiques et accompagnées de violentes douleurs. L'agitation de la patiente est très grande. On se décide à lui donner un bain prolongé. A la sortie du bain, elle fait des efforts expulsifs énergiques, mais sans résultat, car la tête ne progresse pas et reste au détroit supérieur. La dilatation n'est plus que d'une petite paume de main. Il y a de l'œdème de la lèvre antérieure du col.

1 heure de l'après-midi. — A partir de ce moment, les contractions sont subintrantes, l'utérus est constamment dur et se rétracte sur le fœtus, contre lequel on le sent étroitement appliqué. La tête reste fixée au détroit supérieur sans progresser. La bosse séro-sanguine est déjà volumineuse. Les bruits du cœur, encore réguliers, sont moins bien frappés. Il s'écoule du liquide amniotique fortement teinté de méconium.

La femme est de plus en plus agitée; ses plaintes sont excessives; elle accuse surtout une douleur très vive à la partie inférieure du ventre. Son état inspire des inquiétudes à l'entourage et on me fait prévenir. L'inquiétude augmente quand on reconnaît qu'il s'écoule, à la vulve, une petite quantité de sang noirâtre. Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité, craint qu'il ne se produise une rupture de l'utérus.

Quand j'arrive auprès de la parturiente, je la trouve dans l'état qui vient d'être décrit, mais son pouls est bon et ses traits ne sont pas altérés, comme ils le sont dans la plupart des cas de rupture utérine. Je constate que l'*utérus est constamment tendu*, *qu'il a une consistance presque ligneuse* et une forme particulière. Il est légèrement *en sablier*, en ce sens qu'au-dessous de l'ombilic il présente une dépression encore peu profonde, mais assez étendue, qui correspond sensiblement à la région occupée par le cou de l'enfant. Au-dessous de cette dépression, l'utérus

fait une forte saillie en avant. Cette saillie est évidemment formée par la tête que coiffe le segment inférieur. Mais il y a quelque chose de plus.

C'est une sorte de tumeur mollasse qu'on pourrait prendre, au premier abord, pour la vessie distendue par un peu d'urine; mais le cathétérisme, qui ne fournit que quelques gouttes d'urine claire, ne fait pas disparaître cette tumeur. Celle-ci semble donc être formée aux dépens du *segment inférieur de l'utérus, qui s'est épaissi à la fin du travail, probablement par infiltration de sérosité.* Je me rappelle alors ce que j'ai maintes fois entendu dire à mon maître, M. le professeur Pinard, qu'il faut redouter la rupture de l'utérus quand il se produit de l'œdème du segment inférieur, attendu que cet œdème fait perdre à la paroi du segment inférieur son élasticité et que, sous la pression excentrique exercée par la tête fœtale sur cette paroi, elle éclate, pour ainsi dire, et se rompt, comme le font les tissus infiltrés par de la sérosité ou du sang, les tissus du col ou du périnée, par exemple. L'œdème de la lèvre antérieure du col me donne à penser que les troubles circulatoires, qui ont commencé au niveau de l'orifice, se sont étendus dans la portion sus-vaginale du col et jusque dans le segment inférieur de l'utérus, et qu'ils sont les indices avant-coureurs de la rupture.

Cherchant ensuite à me rendre compte de l'état exact de l'orifice utérin, je constate que la dilatation est intermédiaire entre une petite et une grande paume de main, que *le col est résistant sur toute son étendue*, en dehors même de la lèvre antérieure rendue rigide par l'œdème et, de plus, je m'assure qu'*il est, à ce point, appliqué sur la bosse séro-sanguine et la tête, qu'il ne serait pas possible d'insinuer même le doigt entre la partie fœtale et la paroi utérine, sans déployer une force assez considérable et sans s'exposer à produire une déchirure du col et du segment inférieur*. On ne pourrait donc, à plus forte raison, passer le forceps ni le basiotribe.

Les bruits du cœur de l'enfant continuent d'ailleurs à être perçus; ils sont réguliers et bien frappés. De plus, le pouls de la parturiente est bon.

Dans ces conditions, comment devais-je me conduire? La situation était embarrassante. Toutefois, je fis, sans plus attendre, administrer du chloroforme, dans le but de diminuer l'excitabilité de l'utérus et, si possible, de le mettre dans le relâchement. Mais le chloroforme ne produisit guère d'effet et l'utérus resta rétracté sur le fœtus.

La symphyséotomie était indiquée, puisque l'obstacle à l'accouche-

ment provenait du rétrécissement du bassin et que l'enfant était vivant. Mais, pour deux raisons, je renonçai à cette opération. La première raison était la crainte où je me trouvais, une fois le bassin ouvert, de ne pouvoir appliquer le forceps sur la tête coiffée étroitement par un col rétracté sur elle, sans risquer de déchirer ce col, soit pendant l'introduction de l'instrument, soit pendant l'extraction du fœtus. Ce col étant infiltré et, par conséquent, insuffisamment dilatable, me paraissait être prédisposé à l'éclatement. Il est vrai qu'une fois le bassin ouvert, j'aurais pu attendre l'expulsion spontanée de l'enfant; mais cette attente me paraissait devoir être pleine de danger. La seconde raison, la plus importante, en somme, était la nécessité impérieuse d'une évacuation rapide de l'utérus. Or, la symphyséotomie pourrait bien agrandir le bassin, mais serait sans influence sur le segment inférieur de l'utérus, qui resterait, après comme avant l'opération, exposé à la rupture.

Extraire l'enfant par le forceps, il m'était impossible de m'y résoudre, non seulement par principe, puisque le bassin était rétréci, mais encore parce qu'en l'espèce l'introduction seule des cuillers du forceps aurait provoqué fatalement la déchirure du col et du segment inférieur que je voulais éviter. Réduire le volume de l'enfant par la craniotomie, je n'y songeai pas, puisque l'enfant était vivant et qu'il semblait n'avoir pas souffert.

L'extraction du fœtus par la voie abdominale se trouvait donc manifestement indiquée. En procédant, en effet, à l'extraction du fœtus par l'opération césarienne, non seulement j'évacuais rapidement l'utérus, sans avoir à me préoccuper de l'état de rétraction du col, mais encore je pouvais, si la rupture était déjà amorcée ou constituée, me rendre compte *de visu* des conditions de cette déchirure, extraire le fœtus et traiter la déchirure pour elle-même.

Je me décidai donc à pratiquer l'opération césarienne et je suivis la technique classique.

Incision de la ligne blanche commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et finissant à la même distance du pubis. Pas de liquide dans le péritoine, pas de suffusion sanguine sous-péritonéale au niveau du segment inférieur. Ouverture de l'utérus au bistouri, à direction verticale, passant par le milieu de la face antérieure pour éviter les gros vaisseaux des bords de l'organe. Faible écoulement de sang.

L'incision utérine a des dimensions un peu moindres que celles de

l'incision abdominale, elle n'intéresse donc que peu le segment inférieur de l'utérus. Les lèvres de la plaie utérine s'écartent et laissent voir le placenta. J'introduis l'index par la partie supérieure de la plaie dans la cavité utérine et j'achève la section avec le doigt; il s'écoule alors une certaine quantité de sang, mais modérée. Le placenta est décollé avec la main vers le côté droit, sur lequel il empiète le moins. Saisie des pieds et extraction rapide du fœtus, qui naît étonné, mais est vite ranimé par des frictions à l'alcool et par la désobstruction des voies aériennes.

Au fur et à mesure que le fœtus se dégage, l'utérus sort du ventre, qui est immédiatement protégé à l'aide de compresses. Extraction du placenta et des membranes, toilette de la cavité utérine avec des compresses stérilisées.

Je constate qu'il n'y a pas de solution de continuité sur la muqueuse utérine. J'ai dit qu'il n'y avait pas d'épanchement sanguin sous-péritonéal. Mais je découvre qu'au niveau du segment inférieur, le péritoine paraît comme écarté de la tunique musculaire, dont il est séparé par un tissu cellulaire lâche infiltré de sérosité.

J'introduis dans l'utérus deux mèches de gaze stérilisée qui sortent par l'orifice cervical, et je commence de suite la suture. Elle est faite entièrement au catgut, catgut n° 3 pour les sutures profondes, catgut n° 1 pour les sutures superficielles.

La suture profonde est faite à points séparés, distants de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la muqueuse; l'aiguille passe à 1 centimètre environ des bords de la plaie, aussi bien du côté du péritoine que du côté de la muqueuse. C'est de propos délibéré que j'ai traversé toute l'épaisseur de la paroi utérine, car j'ai voulu assurer l'hémostase d'une façon d'autant plus parfaite que l'incision utérine correspondait à l'insertion du placenta où les vaisseaux sont très développés. L'affrontement est exact, et le péritoine légèrement invaginé. Je complète la réunion par un surjet superficiel qui comprend, non seulement la tunique péritonéale, mais un peu du tissu musculaire sous-jacent. Il n'y a pas d'hémorragie par les points d'entrée des fils.

L'utérus est bien contracté. Il est réintégré dans le ventre, l'épiploon est amené au contact de sa partie supérieure seulement, et je procède à la suture de la paroi abdominale par un surjet continu au catgut sur le péritoine et par des crins de Florence pour les muscles et la peau. Drainage abdominal à l'aide d'un drain placé dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Après l'opération, P., 100.T., 37°; état aussi satisfaisant que possible. Le soir, douleurs abdominales, injection de morphine.

18 septembre. — Coliques vives. Nouvelle injection de morphine, 1.000 grammes de sérum artificiel. Pas de vomissements. Bon état général. T., 37°,7. P., 120.

19 septembre. — On enlève les drains. Ventre plat indolore. Langue humide. Pas de nausées ni de vomissements. T., 37°,4. P., 100. Je remets un drain, étroit et court, qui est retiré le lendemain.

Les suites opératoires ont été absolument normales et la malade quitte la Maternité, le 22 octobre, avec son enfant, qu'elle a allaité et qui est, comme elle, en excellent état.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.075 grammes. Il mesure 50 centimètres. Les dimensions de sa tête sont les suivantes :

O.M. = 13,7
O.F. = 12,8
So.F. = 10,6
So.B. = 10,1
Bi.P. = 10
Bi.T. = 9,5

La tête est extrêmement ossifiée et dure; elle n'est dépressible en aucun point, même pas au niveau du vertex. La fontanelle postérieure est très enfoncée, à cause du chevauchement des os. La fontanelle antérieure est lenticulaire, avec des rebords osseux durs et non dépressibles.

Examinée aussitôt à la naissance, la tête est asymétrique. La bosse séro-sanguine siège sur le pariétal droit. L'occiput a glissé sous les pariétaux, le pariétal gauche sous le pariétal droit. Il y a un aplatissement et une dépression au niveau du frontal gauche et de la partie antérieure du pariétal du même côté, dépression produite par le promontoire, ce qui affirme rétrospectivement l'inclinaison anormale de la tête sur son pariétal antérieur.

En somme, il s'agissait ici d'une femme atteinte de rétrécissement du bassin, chez laquelle j'ai pratiqué l'opération césarienne pour la mettre à l'abri des conséquences redoutables d'une rupture de l'utérus qui paraissait être imminente.

Autant qu'on peut émettre des affirmations en clinique, je crois que, si je n'étais pas intervenu au moment opportun, la rupture de l'utérus

n'eût pas tardé à se produire. J'aurais eu alors la main forcée pour pratiquer la laparotomie et si j'avais eu la chance, par mon intervention, de sauver la malade, j'aurais fatalement extrait un enfant mort. En procédant comme je l'ai fait, la mère et l'enfant s'en sont bien trouvés. Je crois donc que ma conduite a été sage, non pas seulement parce qu'elle a été suivie d'un succès complet, mais parce qu'elle reposait sur des indications logiques.

Je suis intervenu, à vrai dire, sous l'empire de la nécessité, pour éviter une rupture utérine qui était imminente. Sans cette crainte de rupture, ma conduite eût été différente.

J'aurais, sans hésiter, pratiqué la symphyséotomie, parce que l'ossification exceptionnelle de la tête, son inclinaison fâcheuse sur le pariétal antérieur, tout, en un mot, indiquait que l'accouchement ne se ferait pas. La symphyséotomie pratiquée, j'aurais pu ensuite facilement extraire la tête par le forceps à travers le bassin momentanément agrandi, après avoir laissé au préalable à la tête le soin de dilater l'orifice utérin, résultat que l'on obtient souvent en quelques minutes. Mais, dans les conditions en face desquelles je me trouvais placé, la symphyséotomie ne pouvait en rien modifier l'état de l'utérus ni diminuer les chances de rupture : elle devait donc être abandonnée.

Dans le cas particulier, la dystocie avait évidemment pour origine le rétrécissement du bassin; mais, quand je suis intervenu, le rétrécissement n'occupait plus que le second plan dans les indications opératoires, l'état de l'utérus dominant à ce moment la scène. On sait, du reste, que, dans la symphyséotomie, les difficultés provenant de la résistance du col insuffisamment assoupli et dilaté sont bien souvent capitales.

L'extraction du fœtus par l'opération césarienne ne nous exposait donc qu'à un traumatisme voulu, déterminé, à une plaie nette, franche, facile à réparer, au lieu du traumatisme incertain de la rupture utérine spontanée, qui aboutit à une plaie irrégulière, meurtrie, déchiquetée, compliquée de mille façons, et nécessitant d'urgence l'hystérectomie.

Je crois donc que l'opération césarienne est indiquée et qu'il faut la pratiquer de propos délibéré, toutes les fois qu'une rupture de l'utérus est imminente, quelles que soient, d'ailleurs, les causes de dystocie qui ont déterminé cette complication du travail, hormis toutefois l'hydrocéphalie tête première, qui est passible de la simple ponction.

DES TUMEURS DU PLACENTA

Par le docteur **V. PITHA**, Privat-docent à l'Université tchèque de Prague.

(*Suite*).

Si nous examinons attentivement les descriptions publiées, nous trouvons qu'elles ne diffèrent entre elles que parce que les unes ont été plus approfondies que les autres et que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup plus occupé des recherches histologiques.

Après avoir lu les cas que j'ai recueillis dans la littérature, chacun sera de l'avis que, malgré les différentes diagnoses, il s'agit seulement d'une seule espèce de tumeurs, et reconnaîtra en même temps qu'il existe une foule de signes macro et microscopiques qui caractérisent exactement ces formations.

Ce qui est d'une première importance, ce sont les *rapports de ces formations avec les parties constituantes du placenta.*

Dans la plupart des cas, on a trouvé *la tumeur dans une enveloppe* (Clarke, Hyrtl, Galabin, Lazarevic, Merttens, v. d. Feltz, Osterloh, Beneke, Bretschneider, Calderini, Solowij, Dienst, Labhardt). C'est ce que nous avons trouvé dans notre premier et deuxième cas.

Dans les publications plus anciennes, on parle de tumeur placée entre l'amnios et la face utérine du placenta (Lœbl) et aussi de tumeur placée entre le chorion et le décidua (Goodhart); on fait encore mention de la jonction entre la tumeur et le chorion (Danyau, Virchow, Hildebrand, Dupin-Chaband, Labhardt). Hyrtl décrit un pédicule mince tordu en vis sortant du chorion et ressemblant à un cordon ombilical « en miniature ». Virchow assure que la « tumeur était entourée d'un tissu placentaire normal », et ainsi s'expriment Hildebrand et Albert qui décrivent la tumeur librement logée dans le tissu normal du placenta.

Merttens a trouvé une tumeur bien limitée, tout à fait dégagée dans les parties concaves du placenta normal. Orlov, Bretschneider, Albert et Krauss ont décrit la tumeur soulevant la face fœtale du placenta, et la

face utérine tellement recouverte d'un tissu placentaire, que son siège n'était pas reconnaissable au premier abord. Dans le cas de Niebergall, la tumeur présentait de même une élévation à l'insertion du cordon, tandis qu'à la face utérine le placenta semblait être tout à fait normal. V. d. Feltz et Dienst ont trouvé que la tumeur placée sous le chorion formait des élévations seulement à la face fœtale, et la face utérine du placenta était tout à fait plate.

Dans notre premier cas, toute la moitié du placenta où se trouvait la tumeur était grossie, la face fœtale du placenta était légèrement bombée, tandis que la face utérine du placenta avait une apparence régulière, si ce n'est un petit manque de tissu dans lequel on voyait la surface de la tumeur.

Presque tous les autres auteurs s'accordent à trouver la tumeur logée dans le tissu placentaire entre la face fœtale et la face utérine.

De toutes ces descriptions, il résulte que les tumeurs n'étaient aucunement en jonction directe avec les muscles utérins et qu'entre ceux-ci il y avait une couche déciduale. Il est tout à fait impossible que la tumeur entourée du tissu placentaire pût sortir des muscles utérins.

Là où on a soumis les tumeurs à un examen plus approfondi, on cite partout que ces tumeurs étaient jointes au chorion. Il arrivait quelquefois que la tumeur était liée au chorion par un pédicule (Alins, Merttens, v. d. Feltz), dans lequel passaient de minces vaisseaux (Alins, Merttens, v. d. Feltz, Albert, Oberndorfer, Dienst et notre cas). Quelquefois la tumeur s'étendait jusqu'au bord du placenta (Albert, Osterloh, Hœhl, notre cas), et même *elle était aussi tout à fait séparée de l'autre placenta, comme le placenta succenturiata « dégénéré »* (Bode, Albert, Krauss), où il était possible de suivre les vaisseaux allant directement du cordon ombilical à la tumeur. Et même là, où la tumeur était logée au centre du tissu placentaire, on pouvait suivre une artère et une veine allant *directement* des vaisseaux funiculaires jusqu'à la tumeur (Hodgen, Hildebrand, Storch, Bode, Schmorl, Merttens, Albert, v. d. Feltz, Osterloh, Bretschneider, Oberndorfer, Dienst, Krauss, nos cas).

Cette dernière circonstance *qu'il y a des vaisseaux qui sortent du cordon pour aller directement à la tumeur, est bien importante* et aujourd'hui il n'y a plus aucun doute : *il est prouvé macroscopiquement que ces tumeurs appartiennent au chorion frondosum.*

La tumeur était généralement facile à enlever de son lit, qui envoyait des prolongements filamenteux entre les lobules.

La surface de la tumeur était ordinairement lobuleuse, quelquefois bosselée (Storch, Lazarevic, Orlov, Oberndorfer). Seulement dans le cas de Niebergall, la surface de la tumeur était lisse. V. Mars se contente de mentionner que la tumeur était d'une construction alvéolaire. Le plus souvent, on a trouvé une tumeur composée seulement de petits lobules joints par des pédicules (Hyrtl, Kramer, Alin, v. Mars). Ces lobules, qui avaient une grosseur variant depuis la tête d'une épingle jusqu'à un grain de raisin mûr, étaient faciles à séparer et, en quelques endroits où ils se touchaient, leur surface avait une forme facettée (Storch, Merttens, Niebergall, Beneke, Dienst, Krauss). Nous l'avons aussi constaté dans notre premier cas. Hyrtl compare la tumeur décrite par lui à un cotylédon et il dit que la tumeur avait une formation semblable au cotylédon formé seulement de lobules arrondis. Macroscopiquement, la tumeur a fait à Virchow l'impression d'un cotylédon grossi.

Dans beaucoup de cas, la tumeur a attiré sur elle l'attention de l'observateur par la *coloration* de sa surface, par laquelle elle diffère des autres parties du placenta. Dans notre premier cas (pièce fraîche), la tumeur avait une couleur cerise. Clarke et Goodhart prétendent que la tumeur avait une couleur d'angiome. Harper trouve que la couleur de la tumeur était de chair. En général, on décrit la tumeur de la couleur « rouge foncé ». Hildebrand décrit une tumeur dont la couleur est d'un « bleu foncé rouge » ; Kramer, Niebergall, Krauss, Labhardt : « brun rouge » ; v. Steinbüchel, Alin, Albert, Oberndorfer : « rouge foncé » ; v. Mars, Albert, Solowij, « cerise foncé » ; Albert : « bleu rosâtre » ; v.de Feltz : « brun rouge clair ». Alin a trouvé une coloration toute particulière : « jaune-grise » ,et Hojnacki « jaunâtre ».

La coupe des tumeurs n'était pas toujours de la même couleur, quelquefois elle était de la couleur jaune rouge (Breus), ou rouge (Breus, Alin), une autre fois d'une couleur de chair (Guéniot, Merttens), ou bien d'une couleur brune rouge (v. Steinbüchel), grise-rouge-brune (Bode Schmorl), brune rose (Orlow), rouge foncée (Albert, Osterloh, Dienst), d'une couleur d'angiome de foie (Oberndorfer), ou bigarrée, en quelques endroits jaune grise, en d'autres rouge foncée (Bretschneider).

Dans notre cas, le tissu de la tumeur présentait à la coupe une apparence compacte d'une couleur rouge foncée.

Dans les cas où les vaisseaux étaient gorgés de sang, la coloration était plus foncée. Dans les cas où le pédicule mince, dans lequel passait un vaisseau aux parois minces, avait été serré, on trouva aussi

des changements et une décomposition d'hématosine, et la tumeur révélait alors plutôt une couleur brune. S'il survenait une nécrose avec un délabrement du pédicule causé par le fléchissement ou par le serrement des vaisseaux, la nécrose était naturellement obligée de suivre la marche de la décomposition jusqu'à la séparation totale de la tumeur, la tumeur avait alors une couleur jaunâtre ou jaune grise (Alin). Dans de tels cas la tumeur était librement logée entre les faces utérine et fœtale du placenta, et il n'y avait aucune jonction de la tumeur avec ses alentours, et, après la coupe du placenta, la petite tumeur tombait d'elle-même de son lit. Le volume des tumeurs était différent et on s'est servi de diverses comparaisons, telles que : de la grosseur de reins humains Clarke), d'un cœur humain (Galabin), d'un poing (Virchow, Hyrtl, v. Steinbüchel, Lazarevic, Calderini, Dienst), de la moitié d'un poing (Breus), d'un poing d'enfant (Breus), d'un œuf de pigeon (Hœhl), d'un œuf de poule (Alin, Albert), d'un œuf d'oie (Breus, Orlow), d'une fève (Alin), depuis un pois jusqu'à une noix (v. Mars, Niebergall), d'une noisette (v. Steinbüchel, v. Mars, Hojnacki), d'une noix (Auvard, Alin, Labhardt), d'une petite pomme (Bretschneider, Osterloh, Dienst, Krauss), d'un citron comprimé (Beneke), d'un citron (Guéniot).

Ce qui me semble le plus important, c'est que la tumeur n'occupait dans aucun cas la moitié du placenta et qu'il y avait toujours, à côté de la tumeur, une plus grande partie du placenta d'une apparence et d'une formation régulière. De tout cela, on peut déduire que le développement de ces tumeurs n'est jamais excessif, ni rapide, qu'elles ne grossissent pas aux dépens du tissu voisin et que leur développement ne franchit pas le voisinage.

L'accroissement de ces tumeurs a donc des limites précises, et ce qui caractérise ce groupe de tumeurs, c'est que le temps de leur développement est déterminé par le temps de la grossesse. Si le développement des tumeurs s'effectuait rapidement, on trouverait dans leurs alentours de grands changements de pression. Dans les petites tumeurs nous n'avons trouvé macroscopiquement aucun changement, mais dans les plus grosses nous avons toujours trouvé décrite une mince enveloppe, qui entourait la tumeur. De ces constatations, il faut conclure que le développement de ces tumeurs suit probablement le développement proportionnel des autres parties placentaires.

Quant à la *consistance* de ces tumeurs, les différences ne sont pas grandes. Quelques-uns ont trouvé une consistance solide, fibreuse

(Clarke, Lœbl, v. Steinbüchel, Lazarevic, Alin, v. Mars, Albert), d'autres ferme (Merttens, Albert), ou solide élastique (Breus), ou fibromateuse (Auvard, Niebergall), ou d'un myome mou (Kramer, Lazarevic, Calderini). Dienst dit que la consistance de la tumeur était comme le tissu du foie.

Le plus souvent on n'a trouvé qu'une seule tumeur dans le placenta, quelquefois *deux* (Hyrtl, Kramer, Alin, van der Feltz). Exceptionnellement, on en a trouvé un plus grand nombre (3, Krauss; 4, Dienst; 5, Hojnacki; 7, v. Steinbüchel); on en a aussi trouvé un nombre indéterminé (v. Mars, Krauss, Niebergall) ainsi que dans notre premier cas.

Tous les auteurs décrivent presque identiquement *l'image microscopique* de ces tumeurs, disant qu'en général la tumeur se compose presque entièrement de *capillaires gorgés de globules sanguins.* Hyrtl parle de nodosités vasculaires. Virchow, Hyrtl et Storch, de tumeurs pénétrées de nombreux vaisseaux. Quelques-uns décrivent dans l'image microscopique, à côté des capillaires, l'apparition de plus gros vaisseaux (v. Steinbüchel, Alin, Bode-Schmorl, Albert, Calderini, Hœhl, Krauss). Plus la technique histologique était complète, plus la composition de ces tumeurs devenait claire. A côté du réseau capillaire, quelques-uns décrivent dans ces tumeurs un tissu muqueux (Breus, Orlov, Bretschneider), d'autres des cellules fuselées (Galabin, Kramer, Ackermann, Alin). D'après les images de nos préparats, il s'agissait du tissu embryonnaire, tel que l'avaient déjà décrit de Sinety, Lazarevic, Merttens, Albert, v. d. Feltz, Oberndofer, et ce tissu était semblable à celui que nous avons trouvé dans les villosités choriales. Dans nos cas, nous avons trouvé des cellules fuselées et étoilées aux noyaux ovales et ronds formant le propre stroma de la tumeur, et, à côté de ces noyaux, il y avait des orifices de vaisseaux n'ayant que l'intima sans muscularis. Si quelques auteurs comparent l'apparence microscopique de la tumeur à celle d'un sarcome vasculaire (Niebergall) ou d'un fibro-myome vasculaire (Hojnacki), ou d'un tissu fibreux d'apparence sarcomateuse et pénétré de capillaires (Oberndofer), cela ne veut nullement dire qu'il s'agissait de telles tumeurs.

Quelques auteurs ont fait grand cas de ce qu'ils ont trouvé dans les tumeurs des cellules myxomateuses et c'est pour cela qu'ils ont marqué à la première place dans leurs diagnoses le caractère myxomateux. Quant à la formation de la tumeur, il est plus important d'indiquer que les

tumeurs sont, dans la plupart des cas, *composées de capillaires* au calibre plus large vers le centre de la tumeur, plus étroit vers la surface, jusqu'à ce que prédomine le tissu fibreux, tout près de la surface.

Bode et Schmorl ont trouvé *des grains de pigment* dispersés dans la tumeur. Merttens et Bretschneider décrivent des places nécrotiques dans la tumeur, dans lesquelles il y avait du pigment. Dans notre cas, nous avons trouvé en beaucoup d'endroits des amas de *pigment sans nécrose.* La découverte du pigment prouve que, dans la tumeur, il y avait une décomposition des globules sanguins et, par conséquent, interruption locale de la circulation de sang, c'est-à-dire stase sanguine.

Quant à moi, je pense que la nécrose se produit par la compression ou le ploiement du pédicule, dans lequel passent des vaisseaux aux parois minces; et cette compression ou ploiement se produit dans un temps déterminé du développement de la tumeur.

Dans nos cas, microscopiquement examinés, on a trouvé à la surface de la tumeur *une enveloppe telle que celle qu'on trouve sur les villosités du chorion.* Cette constatation avait déjà été faite autrefois par Galabin de Sinety, Alin, Niebergall, Albert, v. d. Feltz. Bode et Schmorl parlent d'un épithélium cubique couvrant la couche du tissu fibreux, v. Mars démontre de la manière la plus positive que ces formations prennent leur origine dans les villosités du chorion, et il assure que ces formations sont entourées d'un syncytium distinct et d'une couche de cellules de Langhans. Dienst décrit, à la surface de la tumeur qu'il a examinée, une couche de cellules différentes, 3 ou 4 fois multiple.

D'après les recherches microscopiques faites par moi et par divers autres auteurs, nous pouvons assurer avec certitude que *ces tumeurs viennent des villosités du chorion*, parce que leur stroma et leur surface sont formés des mêmes éléments que nous trouvons dans les villosités normales.

Dans les alentours de la tumeur, nous avons trouvé des dépôts de fibrine, dans lesquels il y avait des villosités normales et dégénérées. A côté des petites tumeurs il y avait des villosités et des espaces intervilleux d'une apparence tout à fait normale.

Macroscopiquement les travées filamenteuses placées entre quelques lobules de la tumeur avaient la structure du *tissu décidual.* Quelques auteurs décrivent qu'ils ont trouvé une enveloppe de tissu fibreux.

mais des recherches microscopiques plus exactes ont démontré qu'il s'agissait seulement de dépôts fibrineux et de villosités comprimées en état dégénéré ou nécrotique, avec des masses amorphes, ne se colorant que difficilement. Von der Feltz déclare qu'il a trouvé, dans les alentours de la tumeur, des villosités comprimées et en quelques endroits des cellules déciduales placées dans un tissu nécrotique. Dienst a trouvé dans le voisinage de la tumeur des villosités nécrotiques, des dépôts de fibrine et des incrustations calcaires. Les incrustations de sels calcaires, dans des placentas mûrs, sont d'une apparition si fréquente, qu'on ne peut leur accorder une signification caractéristique dans la formation de ces tumeurs.

Les faits ici cités, plus ou moins communs à toutes les tumeurs décrites, nous donnent une image tout à fait nette de la nature de ces formations et de leur uniformité dans la constitution, et démontrent qu'il s'agit d'une lésion des villosités du chorion.

***

En s'appuyant sur les matériaux que j'ai recueillis, il est facile de montrer l'inexactitude de quelques interprétations. Il résulte des caractères décrits plus haut, que les hémorragies organisées, lesquelles ont été tenues pour tumeurs par les auteurs suivants : Danyau, Goodhard, James, Simpson et Labhardt, n'ont rien de commun avec cette formation. Les recherches microscopiques, la structure régulière et la surface épithéliale de la tumeur contredisent ouvertement leurs idées. Les hémorragies organisées doivent être en étroite liaison avec leur voisinage et avoir une structure irrégulière ; et enfin elles ne peuvent avoir la surface couverte d'une couche épithéliale cohérente.

De même on ne doit pas prendre tous les cas de tumeur placentaire pour *des fausses nodosités ombilicales*. Von der Feltz même, qui eut l'idée que ces tumeurs pouvaient avoir leur origine dans le tissu ombilical, sentait qu'il ne pouvait appliquer cette diagnose qu'à un seul de ses deux cas, et encore cette diagnose n'était pas bien choisie, parce que nous ne comprenons sous la dénomination de « fausses nodosités ombilicales » *que les accumulations de tissu gélatineux de Warthon sans vaisseaux*.

Quant au cas décrit par Solowij, je pense qu'on ne peut le ranger parmi les changements placentaires syphilitiques, dans lesquels il classe

son cas ; et je pense que c'est seulement par erreur que Solowij explique des changements secondaires dans le voisinage de la tumeur comme causés par une *placentitis fibrosa luetica*.

Hyrtl, Storch, Merttens, Guéniot, de Sinety et v. d. Feltz sont d'avis que le titre d'*hyperplasie* convient à ces formations. Contre cela, il nous suffit de citer quelques arguments qui démontrent qu'il ne s'agit pas d'une simple hyperplasie ou peut-être de l'*hyperplasie de toutes les parties des villosités choriales*. S'il s'agissait de l'hypertrophie d'un tronc de villosités, on pourrait penser que le stroma se serait hypertrophié dans toute la partie atteinte, et que nous devions trouver que le pédicule lui aussi pouvait devenir plus fort. Mais les recherches n'y répondent pas ; dans la plupart des tumeurs il ne s'agit point de pédicule devenu plus gros. Dans un grand nombre de cas, toute la tumeur se composait de lobules qui n'étaient joints que par des pédicules minces.

Cette composition rappelle la disposition en grappe des villosités choriales. Il est vrai qu'il s'agit ici d'une augmentation de nombre de vaisseaux capillaires, mais celle-ci est *localisée seulement dans les parties terminales des villosités*, tandis que les liens de chacune de ces villosités restent sans aucun changement. Tous les auteurs qui ont décrit le pédicule de la tumeur sont d'accord pour constater que dans le pédicule il y avait des vaisseaux aux parois minces, sur lesquels il était impossible de constater quelque chose qui prouvât une hyperplasie.

La plupart des auteurs ont défendu ce point de vue, qu'il s'agit *des vraies tumeurs placentaires*, et leurs opinions ont passé dans les manuels d'accouchement. Les tumeurs que les uns ont publiées sous le titre de *fibrome* ou même de *sarcome*, et que d'autres ont *nommées myxoma fibrosum*, *myxoma fibrosum teleangiectodes chorii*, *angioma myxomatodes disseminatum*, se ressemblent par leur position et par leur formation et ne diffèrent en rien des cas qui ont été décrits comme hyperplasie des villosités du chorion.

Déjà v. d. Feltz a tâché de prouver qu'il ne s'agissait point de vraies tumeurs, parce qu'il manquait à ces formations trois conditions fondamentales, qui sont : origine spontanée, composition atypique et développement constant sans fin typique. Il prétend que ces formations se développent par des changements précis, locaux, inflammatoires, qui produisent une stase sanguine dans des parties limitées du placenta. V. d. Feltz croit qu'on ne peut parler de composition atypique parce que la formation est semblable à celle des villosités. Comme preuve du développement

limité, il fait observer qu'il y a dans quelques parties des changements nécrotiques qui prennent naissance à l'époque de la terminaison du développement des parties isolées, et c'est pourquoi il pense que ces nécroses partielles prouvent le stade final du développement qui se produit seulement en certains endroits.

Dienst prend parti contre cette déduction et démontre que l'argumentation de v. d. Feltz n'est pas persuasive, comme elle semble au premier abord. Quoiqu'il admette que ces cas doivent leur naissance aux altérations dans la circulation du sang, il n'accepte point que la condition du développement de la nouvelle formation doive être spontanée, et il pense qu'il aurait été mieux de dire étiologie non infectieuse.

Dans quelle circonstance pouvons-nous parler de l'origine spontanée de la nouvelle formation? C'est assez difficile à résoudre avec les connaissances actuelles étiologiques des tumeurs. On ne peut non plus soutenir que ces formations placentaires ne puissent avoir une origine spontanée, vu que l'explication étiologique doit se baser sur la stase hypothétique de régions voisines du placenta, causée par les changements inflammatoires supposés par v. d. Feltz.

La deuxième preuve de v. d. Feltz, réfutée par Dienst, alléguant qu'on ne peut parler d'une composition atypique dans l'intérieur de la tumeur, parce qu'il y a des capillaires et du tissu conjonctif en telle quantité et dans un arrangement si différent qu'il ne peut être question de composition typique.

La troisième supposition de v. d. Feltz, c'est-à-dire la démonstration du développement limité par des nécroses dans la tumeur, n'a, d'après Dienst, point de valeur, par ce motif, qu'on peut, au contraire, regarder de semblables nécroses comme preuve du développement trop rapide de la tumeur, attendu que nous trouvons le plus souvent des nécroses dans les vraies tumeurs au développement le plus rapide.

Nous ne pouvons reconnaître les arguments de Dienst comme justes. D'après quelques signes, ces formations peuvent avoir une apparence de tumeur et d'après d'autres une apparence hypertrophique; mais, en considérant toutes les circonstances, nous ne les déclarons ni vraies tumeurs, ni simples hypertrophies. En soulignant quelques caractères de ces formations, le doute sur les vraies tumeurs deviendra plus frappant.

Dans la description des caractères communs, j'ai fait cette remarque, qu'on n'a jamais trouvé une tumeur qui aurait occupé plus de la moitié

du placenta. De plus, il est prouvé que cette espèce de tumeur n'évolue jamais en forme maligne, et qu'il ne peut être question d'un sarcome parce que la tumeur a toujours été localisée dans le tissu et dans les capillaires des parties finales des villosités du chorion, et que dans aucun cas elle n'a révélé un développement subit, ni un caractère de métastase. Il est vrai qu'on a trouvé dans ces formations plus de tissu que dans les villosités ordinaires, mais pas assez pour que l'on puisse parler de fibrome ou de myxome. Dienst n'est pas d'accord sur la désignation de ces formations comme hypertrophie, mais il ne veut pas non plus les ranger parmi les vraies tumeurs, parce qu'elles n'ont aucune tendance au développement subit, ni à la transformation en tumeurs malignes comme les vraies tumeurs, quoique ici il s'agisse notoirement de tissu à l'état embryonnaire, et duquel la faculté du développement en toute époque est bien connue. Dans aucun cas, on n'a remarqué un tel développement excessif et un tel changement subit du placenta, qui aurait certainement causé un effet nuisible non seulement à la plus grande partie du placenta, mais encore au fœtus et, au cas d'un grossissement excessif, le dépérissement du fœtus. Nous ne nous trouvons jamais en présence d'une telle apparition. Au contraire, nos cas observés prouvent, dans cette circonstance, que l'enfant peut être tout à fait développé, l'accouchement à terme facile et spontané. Le développement rapide devrait causer dans le placenta de grands changements de pressions, au cas où il y a une disproportion entre la tumeur et l'autre partie du placenta. Près des petites tumeurs, on a trouvé une structure du placenta tout à fait normale. C'est seulement auprès des plus grosses qu'on a décrit macroscopiquement une enveloppe, et on cite expressément que la tumeur a laissé une coque distincte après son enlèvement du tissu placentaire. Par le fait qu'on a trouvé microscopiquement des villosités choriales serrées et collées par des dépôts de fibrine dans le voisinage direct de la surface de la tumeur, ainsi que des parties déciduales altérées, et que la zone de ce tissu placentaire altéré était trop étroite, on peut juger du développement lent de la tumeur.

Contre la composition atypique, qui doit prouver qu'il s'agit de vraies tumeurs, on peut opposer que seulement quelques parties révèlent un arrangement atypique. Si on observe plus attentivement, on voit *que la composition des tumeurs* était toujours la même et *révélait la régularité des couches*. A la surface, on a trouvé une couche de cellules épithéliales de Langhans, puis des couches de fibres con-

jonctives allant parallèlement à la surface, comme on en trouve dans les villosités, ensuite venait la couche des capillaires.

Cette structure ne démontre pas le changement en tumeur des villosités entières, mais seulement *le changement du développement des vaisseaux dans l'embranchement final des capillaires* dans quelques zones des villosités choriales. Virchow lui-même dit que toute la tumeur lui a fait l'impression des villosités altérées. De Sinety décrit bien ces tumeurs, quand il dit que c'est un amas de villosités placentaires déviées de leur type normal et que c'est un produit de transformation de ces mêmes villosités.

Dans ces formations, nous trouvons ce caractère marqué, que Ribbert (1) cite pour les angiomes capillaires, à savoir que ces anomalies forment par elles-mêmes un tout, exactement limité, qui n'est lié avec son voisinage que par un seul passage, dans lequel se trouvent une artère et veine plus grosses. Ribbert ne range pas les angiomes parmi les vraies tumeurs, mais il les met au rang des formations produites par une déviation du développement des vaisseaux, par lequel fait on peut expliquer que les tumeurs angiomateuses, sur la peau ou dans le foie, forment pour elles-mêmes un territoire fermé et limité, dont les vaisseaux ne communiquent pas avec ceux du voisinage et dans lequel le sang entre par une artère et sort par une veine.

Toute cette analyse de la structure et des signes caractéristiques des formations décrites plus haut nous conduit à une tout autre vue « des tumeurs placentaires », publiées sous différentes diagnoses de vraies tumeurs. *Nous sommes en présence d'une anomalie du développement des vaisseaux*, et il ne s'agit que de l'accroissement des capillaires ou des vaisseaux dans les parties terminales des villosités choriales et en même temps de l'augmentation du tissu conjonctif embryonnaire dans ces mêmes villosités. Ainsi, nous sommes en présence d'un *angiome capillaire ou d'une télangiectasie des villosités choriales.*

Si nous ne voulons pas donner de nom à ces formations (comme par exemple le fait Dienst) qui puisse évoquer une fausse idée de leurs qualités, et si nous réfutons les diagnoses (myxoma fibrosum, myxoma fibrosum teleangiectodes, fibroma, sarcoma, etc. chorii) qui ont conduit aux

---

(1) Ribbert, *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie.* Leipzig, 1901. Haemangioma, p. 467-472.

fausses explications de ces formations placentaires, il faut se demander quel titre leur convient.

Dienst propose de donner à ces tumeurs le titre de « chorioma », en y ajoutant un caractère « angiomateux ». Ce titre « chorioma angiomatosum » pourrait évoquer l'idée des vraies tumeurs *et c'est pourquoi il vaudrait mieux ranger toutes ces tumeurs sous la diagnose chorio-angioma.*

Déjà Albert remarque, à ce propos, que ces tumeurs, appartenant au chorion, sont dans un rapport étroit avec l'allantoïde et qu'il ne faut pas oublier cette circonstance, d'autant plus que nous savons que tous les vaisseaux du chorion frondosum ont leur origine dans l'allantoïde. Nous acquiesçons d'autant mieux à cette idée de la nature du chorioangiome, qu'il est facile de se représenter *qu'une certaine partie de l'allantoïde étant* parvenue au chorion dévie de l'embranchement typique et se développe en anomalie angiomateuse, telle que nous en pouvons voir en certains endroits du fœtus, par exemple sur les organes internes ou sur la peau, où se forment les fissures fœtales (les angiomes fissuraux).

L'activité du développement des tissus embryonnaires entraîne ici l'embranchement des vaisseaux à une formation indépendante exactement limitée. Par ces faits il est clair que nous nous trouvons ici en présence d'un développement limité et *que ces formations parviennent à leur développement complet avec un parfait développement du placenta.*

Nous faisons remarquer que dans tous les cas cités il ne s'agissait que de l'anomalie du développement des vaisseaux choriaux sortant de l'allantoïde, de *chorio-angiomes capillaires allanto-génétiques.*

Quant à la relation connue de l'allantoïde aux vaisseaux des villosités telle qu'elle est prouvée aussi pour le chorio-angiome, il n'est pas nécessaire d'ajouter à la diagnose le titre « allantogénétique » et nous pouvons dire tout simplement : *chorio-angiome.* (*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

POUR LA CURE RADICALE DU CANCER DE L'UTÉRUS

(LAPTHORN SMITH, J. VEIT) (1).

Par R. LABUSQUIÈRE.

I

La monographie de L. Smith est très captivante par la conviction que l'on sent chez lui des idées qu'il émet et par son grand espoir que la situation, toujours mauvaise où l'on est dans la lutte contre le cancer, doit s'améliorer tout à fait, que même *le temps n'est pas éloigné où il n'y aura plus de cancer de l'utérus à opérer, tous les cas pouvant dégénérer dans ce sens, ayant été guéris avant l'établissement de l'état cancéreux.* Mais, pour arriver à la réalisation de cet idéal, il faut que certaines vérités soient reconnues : 1° *Le cancer n'est pas une maladie héréditaire*; s'il l'était, tout cancéreux devrait avoir une mère ou un père cancéreux, ou un grand parent ; or, ce n'est pas le cas. A maintes et maintes reprises, une enquête rigoureuse a démontré que pas un ascendant n'était mort de cette affection. Qu'on établisse qu'un seul cas seulement n'est pas héréditaire, et cela suffit à prouver que l'hérédité n'est pas la seule condition étiologique, et s'il existe une autre condition étiologique, cette condition *peut* être l'unique. 2° *Le cancer est contagieux.* A maintes reprises, l'auteur a vu mourir de cancer des femmes, dans l'ascendance desquelles, jusqu'à trois générations, on n'avait pu trouver un seul cancéreux; mais *ces femmes avaient vécu dans l'entourage de femmes atteintes de ce mal.* 3° *Le cancer est dû à des germes ou à des cellules spécifiques.* 4° La graine de cancer, comme les autres microbes, ne pousse pas sur

(1) LAPTHORN SMITH, The radical cure of cancer of the uterus. *The British gyn. J.*, février 1906, p. 344.
J. VEIT, Ehrfarungen mit der erweiterten Freund'schen Operation. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1906, n° 8, p. 213.

des tissus bien nourris. Elle pousse de préférence sur un tissu de cicatrice, cicatrice d'un ulcère de la lèvre, de la gorge, de l'estomac, ou de l'utérus Mille sujets, sans doute, ont de ces cicatrices qui ne sont pas atteints par le cancer, mais uniquement parce qu'ils n'ont pas été infectés : c'est un fait très rare que la présence d'un cancer dans une région qui n'a pas eu d'ulcération et de cicatrice. 5° Le cancer de l'utérus s'accompagne d'une sécrétion avec éléments infectieux, et la femme qui en est atteinte, tout en veillant à sa propreté, infecte ses mains et, de cette façon, contagionne ses amis, qui, à leur tour, contagionnent des personnes qui ne l'ont jamais vue. 6° *Le cancer de l'utérus a presque disparu de ma clinique aussi bien que de la pratique de mes amis*. Pourquoi ? Simplement parce que *nous ne laissons pas, sans l'opérer, une femme qui, à notre connaissance, a un col déchiré plein de tissu cicatriciel* ; or, ces femmes, si elles n'avaient pas été opérées, auraient non seulement fourni, elles-mêmes, un lot considérable de cancers de l'utérus, mais, en outre, elles auraient contagionné d'autres centaines de femmes. Même les femmes célibataires peuvent avoir des ulcérations du col suivies de cicatrices, particularité qui explique les cas exceptionnels de cancers du col dans lesquels il n'y a pas eu antérieurement de déchirures. 7° Les médecins qui ne croient pas que le cancer est contagieux se lavent bien les mains après avoir examiné un cas, mais ils ne se désinfectent pas *à fond* ; aussi, infectent-ils la demi-douzaine de femmes qu'ils examinent après, si ces femmes ont du tissu cicatriciel au col de l'utérus ou au vagin. *Après opérations ou examens pour cancer, les mains devraient être désinfectées à fond comme pour une laparotomie,* en vue de n'infecter personne. 8° Tous les cas de cancer devraient être isolés, et les médecins devraient convaincre le public de leur extrême contagiosité. 9° Le cancer est en décroissance dans les pays qui ont eu foi en l'opération d'Emmet (États-Unis, Canada, etc.) et *vice versa* (Angleterre, France, Allemagne). 10° Le médecin de famille ne doit pas attendre jusqu'à ce qu'une femme lui dise qu'elle a un cancer : il devrait pouvoir dépister le mal et prévenir la femme de trois mois à un an avant qu'elle ait pu s'en apercevoir.

Il faut enseigner que toute femme qui a mis au monde des enfants doit être examinée vers la trentaine, et, au cas de cicatrice du col, être opérée. Il faut encore enseigner aux femmes que, passé trente ans, la ménorrhagie est un des premiers signes du cancer, et que le retour de la menstruation après la ménopause est une indication, presque formelle, à l'extirpation de l'utérus. *Le moment d'enlever l'utérus est celui où le*

médecin de famille et un gynécologue autorisé soupçonnent *le cancer. — Quand médecin de famille, gynécologue et histologiste sont sûrs qu'il s'agit de cancer*, déjà il est trop tard pour faire quoi que ce soit pour sauver la femme. — *Trop de femmes sont mortes de cancer parce qu'on a trop attendu cette preuve histologique qu'il s'agissait bien de ce mal.* Au début, le cancer du col est une maladie locale.

Il est un jour où il n'y a pas cancer en ce point, et le jour suivant il y en a. Il est un jour où la grosseur du mal est plus petite qu'une tête d'épingle. L'excision, à ce moment, donnerait 100 p. 100 de guérison. Mais, on n'a pas, objecte-t-on, l'occasion de découvrir le cancer dès ce moment. Or, on y arrivera si l'on tend de toutes ses forces à y parvenir. Il faut créer un *état mental* nouveau chez les médecins. Il faut être entièrement convaincu : 1° que *tout col déchiré peut devenir cancéreux, s'il est infecté par un des nombreux modes d'infection* ; 2° que *le seul symptôme d'hémorragies, particulièrement après les rapports, a plus de signification que de nombreux examens histologiques négatifs* ; 3° *le moment le plus propice pour enlever le néoplasme cancéreux est celui où il a la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois cassé.* Les opérations plus tardives n'ont qu'une valeur plus ou moins palliative et sont capables d'assurer la guérison seulement de temps à autre. En ce qui concerne la nature de l'opération nécessaire, quand on arrivera à ce diagnostic du *cancer seulement gros comme une tête d'épingle*, l'auteur pense que la technique suivante suffira : tailler loin dans le tissu sain ; curetter soigneusement l'utérus et le toucher avec de l'acide phénique pur ; stériliser le vagin avec du bichlorure ; cautériser le moignon cruenté avec le cautère actuel et le recouvrir avec du tissu emprunté au vagin. Mais dans le cas où le processus cancéreux a évolué depuis plusieurs mois, l'utérus étant toutefois resté mobile et les annexes, en apparence au moins, indemnes, il faudra une intervention plus complète : excision du néoplasme aux ciseaux, désinfection du vagin, ligature des utérines, extirpation de la portion restante de l'utérus et, comme complément de sécurité, ablation des annexes.

Quant aux cas plus avancés, ils sont injusticiables de toute méthode opératoire. Toutefois on peut encore quelque chose pour ces malheureuses malades : *curettage à fond de tout le tissu nécrosé et cautérisation des surfaces cruentées avec le cautère actuel répriment sûrement le néoplasme et entravent l'absorption septique par l'oblitération des lymphatiques.* Quant aux opérations énormes, ultra-radicales, tentées dans ces

derniers temps, *l'auteur les condamnerait pour le seul fait de leur haute mortalité immédiate* (1), parce que cette haute mortalité immédiate, qui vient forcément à la connaissance du public, et du public inapte à en discerner les véritables raisons, ne peut que retenir et rendre à leur tour inopérables beaucoup de femmes qui, au début du mal, auraient pu être sauvées.

Au résumé : *a*) *réduire au minimum les cancers de l'utérus, en réparant toutes les déchirures du col utérin ; b*) *si, en dépit de cette prophylaxie, quelques cas isolés se produisent, s'efforcer d'enlever le mal alors qu'il est encore tout à fait local, et en sacrifiant une large part de tissu sain ; c*) *enfin, isoler les cancéreux, cancéreux qui diffusent la maladie parce qu'on ne dit pas au public qu'elle est éminemment contagieuse.*

II

Comme tout le monde, J. Veit note l'extrême importance, dans la lutte contre le cancer, d'un diagnostic et d'une intervention les plus précoces possible. Mais il ne saurait suffire de faire dans ce sens l'éducation du public médical et de l'autre. Il faut avant tout reconquérir entière la confiance du public intéressé, c'est-à-dire des femmes menacées ou atteintes de cancer, et on n'y arrivera que quand on aura employé tous ses efforts et qu'on aura réussi à fortement améliorer les résultats immédiats, comme le dit L. Smith : *à abaisser considérablement la haute mortalité primitive* : « que le pronostic d'une opération soit le moyen le plus puissant pour la populariser, ou inversement, cela va de soi. Qu'on songe seulement à l'ovariotomie ! A l'heure actuelle, il est exceptionnel de rencontrer de ces tumeurs énormes comme on en observait jadis. La malade va spontanément et immédiatement chez le médecin quand elle remarque que son ventre grossit, parce que toute patiente connaît assez d'autres femmes qui se faisaient remarquer par leur ventre extrêmement distendu, et qui, peu après, allaient et venaient redevenues sveltes ». J. Veit ajoute : *Comme j'ai réussi à obtenir une série de guérisons successives, bien que cette série soit encore courte, et parce que je ne crois pas que ce soit simplement un résultat accidentel, mais plutôt le résultat d'un effort méthodique, je désire faire une brève communication sur ces faits.*

(1) On verra bientôt que Veit apprécie de même l'influence fâcheuse de cette « haute mortalité *primitive* ».

*
* *

Quelles sont les raisons (1) de cette haute mortalité opératoire primitive? Or, les examens *post mortem* des femmes opérées pour cancer, abstraction faite de lésions accidentelles telles que blessures de la vessie, des uretères, etc., ont permis à J. Veit de reconnaître deux séries de cas : 1° des sujets présentant de la péritonite crémeuse, putride, en même temps qu'un état sanieux de la plaie abdominale ; 2° d'autres n'offrant qu'un trouble léger du péritoine sans autres modifications pathologiques plus graves, mais cet état pelvien léger coexistant avec un très mauvais état du cœur. D'autre part, des recherches bactériologiques, soigneusement entreprises par J. Veit et par son assistant Fromme, ont établi qu'il se rencontre dans le tissu cancéreux des microorganismes nocifs (germes de la putréfaction, streptocoques virulents), microorganismes qui se retrouvent dans les lésions de cette péritonite crémeuse putride, dans la sanie de la plaie abdominale, et qu'on ne rencontre pas dans tant d'autres opérations, qui, au contraire de celles-ci, évoluent régulièrement, à la façon d'une expérience physiologique. « *J'entrevois*, écrit Veit, *dans la plupart des cancers opérables, le danger d'une infection du péritoine et de la plaie abdominale par des germes qui sont contenus dans le cancer*. Aussi faut-il s'efforcer de parer à ce danger. » Pour cela, la veille, au soir, de l'opération, on racle le cancer, puis on recouvre cette région avec une compresse de gaze imbibée d'une solution de formol à 4 p. 100.

(1) Schindler, dans le travail que nous analysons plus loin, résume de la façon suivante les circonstances qu'on a invoquées de divers côtés pour expliquer la fréquence des mauvais résultats primitifs dans les opérations pour cancer de l'utérus : *a*) la cause nocive est dans le cancer lui-même qui est septique (Küstner); *b*) il existe souvent de la fièvre avant l'opération (Küstner, Waldstein); *c*) le cancer, les ganglions cancéreux contiennent des germes infectieux (Veit, Kleinhans, etc.). D'après Menge, l'opération abdominale comporte trois grands dangers : *a*) infection du péritoine et du tissu cellulaire pelvien ; *b*) blessures de grosses veines ; *c*) nécroses de l'uretère, et le premier serait le plus grand ; d'autre part, le tissu cellulaire serait plus vulnérable que le péritoine, aussi faudrait-il préférer, pour cette raison, la méthode de Wertheim aux méthodes extrapéritonéales de Mackenrodt et d'Aman. Bumm place le gros péril de l'opération dans la formation de cavités à parois déchiquetées et, de plus, rappelle qu'en dépit d'une désinfection soignée du cancer, on trouve encore des streptocoques virulents dans la profondeur du néoplasme. Un autre danger naît de la nécessité éventuelle des résections vésicales, urétérales, d'où des nécroses et des pyéolonéphrites ascendantes ; le shock opératoire intervient aussi. Mackenrodt compte, au contraire, sur une amélioration des résultats primitifs : on pourrait grandement diminuer les risques de septicémie par un traitement énergique préalable avec un tampon imbibé d'une solution à 10 p. 100 de formaline. Mais ce dont il faudrait beaucoup se préoccuper, c'est de *l'état rénal* des malades, cet état rénal influant fortement sur les résultats opératoires.

Immédiatement avant l'opération, et la compresse étant enlevée, on frotte le vagin à l'alcool et au sublimé et on l'assèche soigneusement. Dès le début de l'opération on s'applique à trouver les ganglions pris; et, de ces ganglions, J. Veit pense qu'ils contiennent aussi des germes, mais que ces germes y sont mêlés avec des anticorps que l'organisme fabrique contre eux. Idée qui permet d'espérer que ces germes sont *relativement* inoffensifs, sans toutefois l'être absolument. Enfin, conformément à des tentatives récentes, l'auteur a essayé de fortifier l'organisme contre l'infection des plaies au moyen d'antisérums (v. Mainzer, Hochst, Schering ou Aronson) : 10 à 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique sont donnés quelques heures avant l'opération. Et, dans certains cas, une dose semblable ou double est administrée après l'opération. L'expérience n'établit pas que ce soit là une précaution infaillible contre l'infection des plaies, mais les faits semblent démontrer qu'elle fortifie l'organisme contre les germes contenus dans le cancer. *Quant à la prophylaxie de l'infection de la plaie chez les malades indemnes de germes, la plus puissante consiste dans la désinfection subjective.* Comme autre moyen de prophylaxie vis-à-vis d'une infection pendant l'opération, J. Veit emploie l'alcool. Après fermeture du vagin par le ventre, il arrose d'alcool la ligne des sutures et toute la région voisine de la plaie péritonéale, ce qui d'ordinaire occasionne à l'opérée de vives mais très passagères douleurs ; puis, l'alcool est vite et soigneusement, étanché. Au cas d'infection en dépit de ces soins, nouvelle administration de l'antisérum et, le cas échéant, réouverture du ventre.

*
* *

La seconde cause qui influe défavorablement sur les résultats immédiats des opérations pour cancer de l'utérus, c'est la *faiblesse du cœur*, *la mort par le cœur* (atrophie du cœur, myocardite dégénérative), et, par opposition à la précédente qui s'observe surtout dans les cancers récents, elle est spéciale aux cas avancés, anciens. Enfin, ici, comme dans les cas de myomes de l'utérus, on doit redouter l'embolie de l'artère pulmonaire, fonction aussi d'une infection, spécialement d'une infection veineuse. Il faut donc s'appliquer à réduire *au minimum* les dangers que, sous le rapport de la mort par le cœur, peut entraîner la narcose, et, d'autre part, prévenir, autant que possible, les risques d'une infection veineuse, en apportant tous les soins dans la ligature des vaisseaux. Et c'est en se

guidant d'après ces idées directrices que J. Veit a fait ses 20 dernières opérations, dont il donne un bref aperçu. Sur ces 20 opérations, 2 laparotomies pour récidive ; 1 résection de l'uretère pour cancer secondaire de l'uretère (intervention reconnue légitime par Mackenrodt) ; 1 opération pour cancer du col compliqué de péritonite, effet d'une ovaro-salpingite, avec streptocoques dans le ventre. Deux morts : l'une des femmes mourut de péritonite le quatrième jour, parce que l'antisérum était inactif, je crois ; l'autre femme avait un cancer au début entre le corps et le col ; le diagnostic ne put être établi qu'après incision de la paroi antérieure du col, simple intervention qui fut suivie d'une élévation de température, que je mets en rapport avec les germes de la plaie qui dans ce cas existaient aussi dans le cancer, et à laquelle j'attribue, bien qu'elle fût légère, l'issue malheureuse qui suivit l'opération, et qui se produisit en dépit de l'antisérum, donné d'ailleurs en trop petite quantité. « Mais ce qui semble important, c'est *la conviction où je suis que ces deux insuccès auraient pu être évités.* »

« Je veux abaisser la mortalité primitive des opérations pour cancer et j'estime qu'il faut, avec les statistiques, procéder autrement qu'il n'est fait d'ordinaire. Que nous importe le chiffre moyen des cas de mort après les opérations pour cancer ? Veut-on dire par là qu'un opérateur a le droit, sans s'adresser aucun reproche, de perdre ce chiffre de ses opérées ? Je ne le crois pas ; je pense, au contraire, que si j'ai pu dans une première série obtenir 9 guérisons successives, et dans une autre série 7, je pense, dis-je, que de cette opération, en tant que telle, personne ne devrait mourir ; tout décès après cette opération, comme après d'autres opérations, est évitable. Reconnaître, avant toute intervention, le danger spécial du cas actuel doit être le but qu'il faut vouloir atteindre, si grande que soit la difficulté, etc., etc. : *l'opération, comme toute expérience, doit réussir si toutes les conditions exigées pour le succès sont remplies.* »

R. Labusquière.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

(*Séances des* 11 *décembre* 1905, 8 *janvier* 1906, 12 *février* 1906.)

Docteur Paul Petit. — **Diagnostic du début de l'épithéliome utérin et particulièrement de l'exulcération épithéliomateuse de la surface vaginale du col.** — On peut distinguer dans l'évolution du cancer utérin : une période *initiale*, au cours de laquelle la cure radicale devrait être possible ; une période d'*état*, pendant laquelle l'ablation de l'organe n'a déjà plus qu'un intérêt palliatif ; une période d'*inopérabilité*.

Le diagnostic précoce de l'épithéliome utérin dans les limites où il nous est permis de l'envisager, c'est-à-dire le diagnostic au lieu d'origine, ne peut le plus souvent être affirmé que par l'histologie, mais encore faut-il qu'il soit tout d'abord *provoqué* par une connaissance précise des signes cliniques initiaux.

Il est un fait capital et indéniable qui domine pour le moment l'histogénèse, le diagnostic et peut-être l'étiologie du cancer, et qui a été très bien mis en lumière en ces derniers temps par Fabre Domergue, à savoir, que le cancer est le dernier terme d'une évolution propre aux tumeurs en général : la *désorientation kariokynétique*.

L'épithéliome étant le résultat d'une inclusion épithéliale, doit se manifester *ab ovo*, sous forme *interstitielle*. Cependant le noyau primitif pouvant être très limité et très superficiel, l'*ulcération* ou la *végétation* qui en résultent peuvent être dépistées assez tôt sur le col pour constituer des formes cliniques spéciales de début.

Le noyau d'infiltration est à peine né qu'il détermine, à son voisinage, la *congestion vasculaire* et l'*hémorrhagie* par l'intermédiaire de la thrombose et, de plus, une *cachexie précoce* qui se traduit surtout par un *amaigrissement* qu'il faut savoir connaître *malgré les apparences très florissantes*...

L'examen du sang nous facilitera peut-être un jour le diagnostic de cette cachexie précoce, mais les résultats qu'on en a tirés jusqu'ici sont incertains et contradictoires : il est possible qu'il y ait une certaine diminution dans la teneur de l'hémoglobine, dans le nombre et la forme des globules, qu'il y ait multiplication des leucocytes mononucléaires, que cette multiplication indique même la participation ganglionnaire. Tout cela est à contrôler et à compléter.

Si la cachexie terminale du cancer relève tout à la fois de la résorption

des produits sphacélés et des métastases viscérales, il est probable que la cachexie initiale, latente, résulte, comme le veut Fabre, de la résorption des épithéliums inclus dans les tissus et qui, normalement, sont destinés à être éliminés. J'invoquerai à l'appui de cette idée les phénomènes d'intoxication que j'ai vu se produire du fait de l'application des rayons X aux cancers fermés du sein (à l'époque où cette thérapeutique était mal dosée), phénomènes qui se traduisent par des symptômes analogues à ceux de l'urémie.

Ainsi l'*amaigrissement*, la *congestion* et partant l'*hémorragie* spontanée ou très facilement provoquée, voilà, d'une façon générale, des signes vraiment précoces de l'épithéliome utérin, et cependant l'épithéliome du col peut être dépisté avant même qu'il ne se montre.

On a signalé depuis longtemps et nous avons tous observé la coexistence fréquente du cancer et des petits angiomes cutanés (taches vasculaires, taches pigmentaires, petites tumeurs verruqueuses). Quand ces manifestations cutanées ne sont pas congénitales, elles précéderaient souvent de peu de temps les premiers symptômes du néoplasme, sans qu'on puisse dire si elles sont le fait du développement même de la tumeur maligne ou si elles ne sont que la marque d'un défaut de résistance organique favorable au développement du cancer.

Épithéliome du corps utérin. — En dehors de la cachexie précoce, il n'est pas un symptôme attribué au cancer corporéal qui ne puisse manquer, non seulement à son début, mais à sa période d'état.

Pour dépister plus souvent le cancer utérin à ses débuts, il faudrait toujours et *sans aucun retard*, chez les femmes de tout âge, rechercher la cause exacte de toute hémorragie utérine et penser qu'elle peut être multiple, que le cancer peut être en jeu.

Le diagnostic doit être complété par le *curettage explorateur*. Ordinairement le volume, l'aspect lardacé, la friabilité des fragments détachés par quelques coups de curette, d'une curette assez mince pour franchir un isthme non dilaté, suffisent à lever tous les doutes. Dans le cas contraire, il ne faut jamais manquer de dilater l'organe et de pratiquer le toucher intra-utérin et un curettage *complet*, qui pourra ramener, d'une zone circonscrite, des débris d'apparence non douteuse ou, d'une surface plus ou moins large, une gelée muqueuse que l'examen histologique seul pourra attribuer à l'adénome ou au cancer naissant. De la désorientation kariokynétique poussée à l'excès résultent l'atypisme cellulaire, la disparition de la membrane limitante des glandes et de leur lumière centrale. Ces trois caractères suffisent pour faire un diagnostic même de façon très précoce.

Épithélioma du col. — *Épithéliome intracervical.* — L'épithéliome à début intracervical demeure bien plus longtemps silencieux que l'épithéliome corporéal ; il ne provoque d'hémorragie que beaucoup plus tard et très souvent, alors que le col est d'apparence normale, que les pertes rouges sont encore légères, intermittentes, que la sanie peut passer inaperçue, que la malade ne souffre pas, on peut trouver le conduit cervical déjà profondément évidé.

L'épithéliome intracervical débuterait, soit par une infiltration sous-muqueuse, soit dans la muqueuse même par des productions polypoïdes. D'après Roger Williams, la manifestation initiale serait ordinairement un nodule circonscrit formant une excroissance aplatie, bosselée, élastique, superficiellement friable, qui émettrait des prolongements profonds suivant les vaisseaux et bientôt s'ulcérerait et s'excaverait.

La forme interstitielle se présente sous les apparences d'indurations *nodulaires* ou *diffuses*.

La forme végétante semble se montrer surtout (sinon exclusivement) à l'orifice du col, aux dépens de la muqueuse endo-cervicale ectropionnée.

Je désire insister *tout particulièrement* sur la *forme exulcéreuse*, que j'ai observée dans deux cas absolument superposables et avec examen histologique à l'appui. Il *s'agit d'un début par exulcération nummulaire très superficielle, n'intéressant pour ainsi dire que le revêtement épithélial, très petite, et qui pourrait très facilement passer inaperçue ou être prise pour une lésion sans importance.*

A mesure qu'elle progresse, l'ulcération épithéliomateuse s'étend, s'excave, s'indure, aussi bien sur ses bords que dans la profondeur, au-dessous et au pourtour de la zone de ramollissement. Ces transformations se font très rapidement, mais déjà et malgré les dimensions encore restreintes que peut avoir l'ulcère, nous entrons dans la période d'état, caractérisée, à mes yeux, par l'apparition des écoulements odorants et sanglants.

Contrairement à ce que l'on serait porté à croire, les pertes odorantes peuvent se montrer avant les hémorragies et alors que la nature de l'ulcération peut encore être sujette à discussion.

Il existe, dans l'évolution de l'épithéliome de la surface vaginale du col, trois périodes distinctes : une première période *subjectivement latente*, mais qui doit être reconnue par la vue et le toucher, et dont le diagnostic est facilement contrôlé par l'histologie ; une seconde période, ou *période d'état*, individualisée par l'apparition des écoulements sanglants et odorants ; une troisième ou *période d'inopérabilité*, caractérisée par l'apparition des douleurs et l'induration des ligaments péri-utérins.

Cette classification évolutive, à laquelle je tiens pour sa netteté et son exactitude, laisse malheureusement de côté les colonisations microscopiques à distance que nous ne pouvons actuellement déceler et qui annihilent parfois tout l'intérêt d'un diagnostic précoce au lieu d'origine.

Si l'on admettait, pour le moment, les chefs de classification que je propose, et sous lesquels trouveraient facilement place les diverses formes cliniques et histologiques, on y trouverait le moyen de mettre déjà quelque ordre dans les statistiques opératoires actuelles, qui, ne s'appuyant sur aucune base uniforme, n'ont aucune valeur comparative.

Le diagnostic précoce de l'épithélioma utérin n'est pas difficile ; le tout est d'y penser et de connaître assez les aspects cliniques qu'il revêt pour juger une biopsie nécessaire là où d'autres ne voient rien ou se contentent d'un pansement.

Ce diagnostic, nous le ferions plus souvent, si nous nous appliquions davantage à fixer et à catégoriser les formes initiales, à profiter des observations authentiques déjà éparses dans la science, si le public était mieux éduqué.

A mon grand regret, je n'ai pu opérer aucun cancer du col à ce stade latent. Mais au début de la période d'état pour le cancer du col, et dès la première période pour le cancer corporéal, je compte quelques résultats des plus encourageants, revus au-delà de trois et quatre ans, sans trace de continuation du processus.

En attendant le sérum rêvé, c'est dans cette voie du diagnostic précoce et non des exérèses de plus en plus larges que nous pouvons espérer, sinon guérir nos malades, du moins prolonger plus souvent et plus longtemps leur existence.

M. Richelot. — Je me rallie volontiers à la conclusion de M. Paul Petit. Mais je m'y rallie sans enthousiasme ; absolument sceptique sur la théorie parasitaire et sur le « sérum rêvé », je me demande ce que vaut même le diagnostic précoce pour nous consoler et nous faire attendre. J'ai le souvenir d'avoir opéré, il y a quelques années, une femme chez laquelle j'avais vu, sans hésiter, une simple métrite cervicale ; j'allais faire l'opération de Schrœder, quand, ayant le col entre les doigts, j'ai reconnu le cancer, extrêmement limité. J'ai fait l'hystérectomie vaginale, et j'ai enlevé les culs-de-sac — le cas étant simple — aussi largement qu'on peut le faire par la laparotomie. La récidive eut lieu dans les trois mois, non à distance et dans les ganglions, mais sur la place et dans la cicatrice.

J'ai revu, il y a quelques jours, une femme opérée par moi l'année dernière ; son cancer occupait à peine la moitié inférieure de la lèvre postérieure, à sa face interne ; l'utérus était parfaitement mobile. Elle est aujourd'hui en pleine récidive, et toujours la récidive au foyer même de l'opération. Je n'ai jamais vu de cas plus favorable, en apparence, que celui-ci ; mais j'en ai vu bien d'autres aussi favorables, et qui ont tourné de la même façon.

Par contre, j'ai vu des cols très bourrés, très excavés, très raccourcis, qui m'ont donné des survies étonnantes. J'ai cité, à diverses reprises, une malade opérée il y a quinze ans à l'hôpital Tenon. Elle était fille d'une mère cancéreuse ; son col n'existait plus, il était remplacé par ce « grand cercle » néoplasique au fond du vagin, qui déjoue nos efforts et rend toute intervention illusoire, la propagation n'étant pas douteuse. Morestin, alors mon interne, me fit remarquer que l'utérus descendait assez bien sous les tractions et que l'envahissement du paramétrium n'était pas démontré. Je cédai à contre-cœur et j'opérai la malade. Elle était jeune ; c'était peut-être une raison pour tenter la chance, mais surtout pour croire à la malignité extrême du néoplasme et à l'inutilité de la tentative. Je réussis à lui enlever l'utérus, grâce à la souplesse inattendue des ligaments larges, mais en disséquant pendant vingt minutes, à la pointe du bistouri, une infiltration cancéreuse qui s'étendait sous le basfond de la vessie. Je fis un accroc à cet organe, et la fistule urinaire, opérée

d'abord sans succès, mit quatre mois à guérir. La malade est aujourd'hui en parfaite santé depuis quinze ans (opérée en 1890).

Il faut compter avec le degré de malignité de la tumeur et considérer la précocité de nos interventions comme logiquement utile, mais rien de plus.

M. J.-L. Faure. — Je suis de l'avis de M. Richelot lorsqu'il dit que l'avenir du traitement du cancer de l'utérus est dans les opérations précoces et non dans les opérations larges. Mais il me paraît trop pessimiste dans l'appréciation des résultats que l'on peut obtenir. Il nous a cependant cité un très beau cas personnel guéri depuis douze ans et qui montre que l'on peut avoir des guérisons.

Personnellement, je suis frappé par le nombre relativement considérable des cas heureux que j'ai observés. Depuis quelques années je n'ai pas opéré beaucoup de cancers utérins, en partie parce que j'ai de plus en plus restreint les indications opératoires et parce que je ne touche plus aux cas trop avancés. Sur ce petit nombre de malades j'ai des survies de deux, trois et jusqu'à sept ans. Lorsqu'en 1900 j'avais l'honneur de remplacer Bouilly à Cochin, j'ai opéré quatre malades. Deux sont mortes de l'opération, c'étaient des cas très graves et que j'opérais sans espoir. Les deux autres qui étaient cependant des cas médiocres sont toujours en bonne santé. Quand je remplaçais M. Monod à Saint-Antoine, il y a trois ans, j'en ai opéré une. Elle est toujours bien portante.

Cela tient, j'en ai la conviction, à ce que j'ai pratiqué chez ces malades, avec beaucoup de soin, des hystérectomies abdominales. Celle-ci me paraît très supérieure à la vaginale, parce qu'elle permet de disséquer le paramètre et d'enlever en bloc, sans dilacération, l'utérus, le col et la partie supérieure du vagin. Mais, pour y parvenir, il faut absolument voir les uretères et les disséquer. Il faut pratiquer la ligature des hypogastriques, pour éviter la perte de sang et surtout pour y bien voir et pouvoir disséquer avec soin les uretères. C'est une opération qui, sans perdre de temps, dure en général une heure un quart ou une heure et demie. C'est donc une opération grave. Mais il ne faut pas se laisser aller, comme je l'ai fait autrefois et comme je ne le referai plus, à enlever ou à essayer d'enlever tous les ganglions pelviens et à disséquer tous les vaisseaux du bassin. Cela aggrave effroyablement l'opération, sans donner de chance de guérison sérieuse en plus. On peut enlever les ganglions qui se trouvent facilement et sans délabrement pelvien considérable à la bifurcation des iliaques, mais il ne faut pas aller plus loin.

M. Doléris. — Dans l'observation de métrite cervicale tuberculeuse que M. Richelot a rapporté, je suis frappé d'abord de ce fait qu'un ectropion d'un développement inusité existait chez une *nullipare*. J'ai eu l'occasion d'observer quelquefois le même phénomène, à des degrés moindres probablement. Il me souvient cependant de quelques malades à constitution strumeuse, à tissus lymphatiques, au sens ancien du mot, chez lesquelles des gonflements singuliers, mais bien connus, apparaissent aux ailes du nez, aux lèvres, au tégument du visage et des mains, qui révèlent une singulière disposition aux stases

et aux fluxions des tissus glandulaires et lymphoïdes. Je n'ai pas hésité à rapprocher de ce processus la lésion que j'observais sur le col utérin de ces malades, lésion parfois démesurée, trahissant une fluxion excessive de la muqueuse cervicale, une infiltration de tous les éléments de cette muqueuse, seule capable d'amener la hernie au travers d'un orifice primitivement étroit, d'en exagérer les dimensions et d'aboutir finalement à un gros ectropion.

Le deuxième point qui m'a frappé est ce mot de M. Richelot : pendant l'opération les tissus mollasses et friables se déchiraient, comme font les tissus néoplasiques, malins ; c'était, selon l'apparence du tissu cancéreux, tout à fait semblable à celui des cols infiltrés par un processus épithéliomateux. J'en ai fait mon profit, en me demandant s'il n'a pas pu lui arriver, comme à d'autres, d'avoir autrefois été victime d'une illusion, dans certains cas opérés avec longue survie post-opératoire, dans lesquels le contrôle histologique aurait pu être fait à la légère. Cette considération viendrait accentuer encore le pessimisme que j'en suis arrivé à professer sur les bénéfices de l'exérèse en ce qui concerne le cancer utérin, sans méconnaître cependant la possibilité de rencontrer quelques cas particulièrement favorables de temps en temps.

Comme tous mes collègues, j'ai opéré des épithéliomas avérés, ayant subi le contrôle de l'examen histologique le plus minutieux, et dans lesquels j'ai observé avec une certaine surprise une survie considérable. Chez une femme opérée en 1886, elle a été de douze ans. Une seconde a survécu dix ans. Une troisième se porte à merveille sept ans après l'opération. N'empêche que le pronostic reste sombre, dans la généralité des cas, pour la plupart des chirurgiens et que nous trouvons la récidive dans un délai moyen de un à trois ans.

A quoi tiennent ces différences? L'âge, la constitution des malades, la nature même ou plutôt la variété histologique du néoplasme jouent sans doute un rôle incontestable dans le retour plus ou moins prompt de cette récidive, comme ils paraissent influer de même façon la marche et la généralisation plus ou moins rapide du cancer livré à lui-même. C'est le contraste entre le *noli me tangere* de la face et le cancer du larynx par exemple.

Mais il est des conditions tout spécialement favorables à la survie opératoire dans le col utérin, ce sont le siège initial et la précocité de l'intervention. Au point de vue du siège, l'épithélioma né sur le museau de tanche, développé aux dépens de la muqueuse externe, et qui tend à se propager par en bas vers le vagin, est moins sujet à récidive, surtout quand il est opéré de bonne heure.

Dans les cancers cavitaires du col utérin, au contraire, on ne peut jamais savoir jusqu'où la diffusion néoplasique s'est faite par la voie des lymphatiques qui naissent de l'isthme utérin en très grand nombre, pour se continuer dans les confluents du paramétrium et de là vers les ganglions plus éloignés des régions pelvienne et lombaire. Il est tout aussi impossible de prévoir si l'exérèse dépassera la zone envahie.

L'hystérectomie vaginale, qui suffit aux formes cervicales extérieures du cancer à condition que le stroma soit peu et profondément intéressé, ne peut

donner de bons résultats dans quelques cas heureusement pris à temps, n'offre plus une perspective comparable dans le cancer cavitaire du col. Ici, c'est le hasard qui décide. Parfois le résultat est exceptionnellement heureux, le plus souvent la récidive est assez prompte.

S'ensuit-il que nous devions préférer, comme le dit M. Faure, l'opération abdominale à l'hystérectomie vaginale, que, personnellement, je pratique presque toujours, en réséquant le plus largement possible les tissus vaginaux et péri-utérins ? Tel n'est pas mon avis. Car, quelle que soit la voie adoptée, l'aléa reste sensiblement le même, tant que nous nous trouvons en présence de ces cancers dont nous ne pouvons mesurer ni prévoir la zone d'infection para-utérine, en raison du siège, de l'âge et de l'extension du cancer dans la profondeur du stroma utérin lui-même.

A plus forte raison, s'il s'agit de néoplasmes dans lesquels le paramétrium est déjà manifestement envahi et sur l'ablation desquels le chirurgien ne peut fonder qu'un espoir de survie très limité.

Quelque rationnelle que paraisse la proposition d'agir toujours par l'abdomen, parce que cette voie ouvre plus de champ à la poursuite des lymphatiques atteints, l'incertitude persiste forcément quant à savoir si on a réellement dépassé les limites des vaisseaux et des ganglions atteints. Et comme, par ailleurs, la gravité des deux opérations n'est pas à comparer, la première, l'hystérectomie vaginale, étant fort simple et fort bénigne, tandis que l'hystérectomie par la méthode de Wertheim étant fort grave, je ne crois pas qu'on puisse se rallier à cette dernière sans de sérieuses réflexions et sans la quasi-certitude d'un réel bénéfice. Je n'accepte pas, quant à présent, qu'on puisse se résoudre à ces éviscérations pelviennes dont la durée est parfois, non pas d'une heure ou une heure et quart, comme le disait M. Faure, mais de deux pleines heures, et qui exigent la ligature de gros vaisseaux, la dissection de l'uretère, très haut, celle du rectum, de la vessie, etc., bref des délabrements considérables, précisément pour ces cas réputés les plus mauvais, les plus anciens et les moins susceptibles d'amener la guérison.

Si je me résous facilement à ces sortes d'éviscérations pour les lésions les plus graves et les plus compliquées, d'ordre simplement infectieux, chronique, parce que je sais qu'aucune récidive n'est à redouter dans ces cas et que, l'opération faite, la malade est sauve, je m'arrêterai toujours devant cette considération, que d'aussi graves traumatismes n'apporteront aucun bénéfice sur un organisme qui risque fort d'être déjà profondément infecté par la généralisation du principe cancéreux.

Tout au moins sommes-nous en droit de nous retrancher derrière les résultats très incertains de statistiques trop récentes et d'attendre que la preuve soit faite de l'utilité thérapeutique de cette méthode.

M. Pinard. — J'ai eu l'occasion, au Congrès de Rome, de prendre part à la discussion qui a eu lieu sur le même sujet : ayant assisté aux opérations pratiquées par Wertheim, Jonnesco et ayant eu l'honneur de présider les

débats sur cette question, je les ai résumés en disant : d'après les documents apportés, nous ne connaissons de guéris que les cas diagnostiqués et opérés dès le début, et il me paraît dangereux de recourir à des opérations compliquées qui constituent de véritables autopsies sur le vivant.

Il y a donc un intérêt majeur à dépister le cancer de l'utérus à son début ; il faut donc appeler l'attention des femmes et des médecins sur les symptômes initiaux de cette redoutable affection.

Je ne puis partager la répugnance qu'éprouve Faure pour l'hystérectomie vaginale, car les cas de longue survie que j'ai observés ont été opérés par la voie vaginale. Je connais en particulier une dame qui vit actuellement et qui a été opérée il y a douze ans ; l'examen de l'utérus, pratiqué par Cornil, l'avait amené à conclure qu'il s'agissait d'un épithélioma à marche rapide.

Quelle que soit la voie opératoire suivie, une longue survie pourra être obtenue si le diagnostic et l'opération sont précoces.

M. J.-L. Faure. — La question d'envahissement et d'extension du mal ne peut être résolue d'avance. Sans doute, les épithéliomas pavimenteux du col sont surtout en largeur sur le vagin, et les épithéliomas cylindriques de la cavité cervicale sont en profondeur et gagnent facilement les lymphatiques. Mais ne savons-nous pas que rien n'est plus singulier que l'envahissement des lymphatiques, à tel point que des ganglions volumineux et qui paraissent malades ne le sont pas en réalité, et que des ganglions petits et sains en apparence sont histologiquement envahis. Et comme nous ne savons pas d'avance quels sont les cas qui seront bons et ceux qui seront mauvais, notre devoir est d'intervenir, tant que nous pouvons raisonnablement le faire.

M. Doléris. — La division de l'épithélioma cervical en deux espèces de propagation et de marche différentes, celui du museau de tanche et celui de la zone de l'os internum du col, n'est pas une simple spéculation. Il y a fort longtemps que le principe et les motifs anatomiques en ont été fournis, notamment par Ruge sur les cas de la Clinique de Schrœder. L'épithélioma externe naît et se développe sur l'épithélioma pavimenteux de la muqueuse vaginale du col, c'est généralement la forme lobulée qui, macroscopiquement, offre l'aspect connu du chou-fleur classique. Il progresse en dehors et en bas vers le vagin et s'infiltre suivant le trajet même des lymphatiques de la muqueuse. L'épithélioma interne ou cavitaire, à forme cylindrique ou tubulée, s'il débute par un bourgeonnement, tend manifestement à creuser le stroma utérin d'une façon assez rapide ; de plus, il est en rapport direct avec les lymphatiques du paramétrium, et leur propagation, grâce à cette voie, en est rendue d'autant plus précoce et rapide. D'où la différence dans le pronostic. Est-ce à dire que toute la question est là ? Non certainement. Et, sans parler des nombreuses autres variétés de néoplasmes malins susceptibles de prendre naissance dans le col utérin, il faut se rappeler que souvent le processus se développe sur un vieil ectropion cicatrisé et kystique, par conséquent chroniquement enflammé. Dans cet ectropion se trouvent le double élément épithélial pavimenteux de

surface et l'élément cylindrique sous-jacent recouverts par l'épiderme cicatriciel de l'ectropion. D'où l'imprévu de la forme et de l'origine du néoplasme. Toujours, semble-t-il, que plus le cancer naît près de l'orifice externe et plus il a de chances de n'infiltrer que tardivement le paramétrium, point essentiel au point de vue de la récidive. Et cela explique qu'on obtienne, par l'opération, un résultat plus durable avec un chou-fleur volumineux du museau de tanche qu'avec un cancer cavitaire minuscule, fait confirmé, je le répète, par quelques bons résultats obtenus des résections partielles de l'utérus.

Maintenant, avec M. Pinard il faut le dire et le répéter bien haut : le résultat est d'autant meilleur que l'on opère plus tôt. D'où la nécessité d'un diagnostic précoce. Personne n'ira à l'encontre des allégations de M. Petit quant à la nécessité de la biopsie, quand on est en présence d'une hémorragie inexpliquée, d'une production suspecte. Qui de nous agit autrement ? Personne. En tout état de cause, au premier examen, il suffit d'un coup de curette et, vingt-quatre heures après, on est en possession d'une réponse qui équivaut à une décision formelle. Encore faut-il voir la lésion ou avoir un motif de la soupçonner. Là, en effet, commence la difficulté.

M. Monod. — J'ai observé il y a quelques années une femme de 50 ans qui fut curettée pour des métrorrhagies par notre collègue Paul Bar : l'examen, fait par lui, des débris de curettage montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique du corps utérin. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale : cinq ans se sont écoulés depuis lors et la malade est toujours en parfaite santé. J'insiste sur la nécessité, chez une femme de cet âge, d'examiner les débris ramenés par la curette.

M. Richelot. — Le pessimisme que M. Faure a trouvé dans mes paroles n'est pas tel qu'il le suppose. J'ai dit que, trop souvent, nos interventions les plus précoces sont illusoires ; mais j'ai dit aussi qu'on voit des cancers utérins beaucoup plus avancés donner de bons résultats. Donc, c'est le degré de malignité de la tumeur qui importe le plus ; donc, c'est le hasard, plus encore que nos efforts, qui décide du pronostic.

Cela dit, loin de voir les choses absolument en noir, je me rangerais plutôt parmi les optimistes en matière de cancer utérin. A côté de la malade que je vous citais tout à l'heure et qui se porte bien depuis 12 ans, j'en pourrais placer une autre qui a vécu 12 ans et qui a succombé à une autre affection. Le cas est fort ancien, et Doléris pourrait supposer que mon diagnostic s'est trouvé en défaut. Sans doute, nous avons pu faire quelques erreurs, mais il est bien rare, après tout, que le diagnostic du cancer soit douteux, et quelques corrections dans les chiffres ne rendraient pas ma statistique mauvaise. Que direz-vous des femmes qui ont duré 5, 6 et 7 ans et sont mortes de récidive ? Elles ont fourni la preuve que mon diagnostic était bon et que mon intervention n'a pas été sans valeur. Or, j'ai toute la série, depuis 12 ans jusqu'à 0, et voilà pourquoi, contrairement à certaines opinions désolantes, je trouve qu'il ne faut jamais désespérer et qu'on rend de grands services aux cancéreuses. En

faisant toutes les concessions, en admettant les erreurs possibles, je citerais au moins 18 malades sur 100 chez lesquelles mon intervention a été très utile, d'effet durable, et dont plusieurs semblent guéries définitivement.

J'ajoute que la statistique dont il s'agit repose exclusivement sur l'hystérectomie vaginale. J'ai fait nombre d'ablations sus-pubiennes contre des cancers déjà trop mûrs pour la voie basse, et j'ai eu de bons résultats palliatifs quand j'ai eu la chance de tomber sur un envahissement très discret ; mais je n'ai jamais adopté de parti pris la voie haute pour des cancers bien limités au col et pour des utérus bien mobiles. Et cela pour deux raisons : 1° j'enlève tout aussi bien les culs-de-sac par la voie basse, dans ces cas d'utérus mobiles, et presque autant de paramétrium ; 2° si vous faites, par la voie sus-pubienne, une opération plus large, vous n'en avez pas moins vos récidives sur place, dans la cicatrice vaginale ou dans son voisinage immédiat. A quoi bon vous promener à travers le ventre, puisque vous laissez l'ennemi derrière vous ? Vous attachez grande importance à l'ablation du paramétrium; à ce principe, j'en substitue un autre : il faut, pour avoir le droit de rêver une guérison, intervenir avant que les cellules cancéreuses aient franchi les limites du tissu utérin ; il faut prévenir l'envahissement, non le poursuivre. Mais à quel signe reconnaître s'il est déjà commencé ? Nous n'en avons aucun ; en opérant de bonne heure, nous mettons un atout de plus dans notre jeu, et c'est tout. Et voilà pourquoi je disais tout à l'heure qu'il faut tenir compte aussi de la lenteur d'évolution et que c'est le hasard qui décide.

M. Quénu. — Toute perte, se réduisît-elle à une goutte de sang pur, venant chez une femme qui a eu sa ménopause doit entraîner le curettage utérin et l'examen histologique minutieux du produit du curettage ; j'ai pu de la sorte faire des diagnostics précoces d'épithélioma de la muqueuse du corps et par conséquent effectuer une opération utile.

Chez une malade de 56 ou 58 ans, sujette autrefois à des écoulements de métrite guéris par les pansements appropriés et qui avait été reprise, depuis juillet dernier, de pertes quelquefois légèrement rosées, devenues fétides depuis un mois, je ramenai par la curette de petites fongosités : il s'agissait manifestement d'un épithélioma cylindrique.

L'intervention radicale était de rigueur. J'opérai la malade et les suites furent simples. Or sur la pièce fraîche on peut reconnaître une ulcération très limitée à l'isthme et un peu au-dessus, qui ne paraissait avoir entamé que la muqueuse.

Les produits de curettage des métrites les plus fongueuses ne ressemblent en rien, quoi qu'on en ai dit, aux fongosités de l'épithéliome.

Il est cependant certains cas où ce diagnostic est hérissé de difficultés, c'est lorsque la dilatation, le curettage et toute manœuvre vaginale quelconque deviennent impraticables, en raison de la sclérose sénile du vagin. Je me suis trouvé l'an dernier en présence de ces difficultés : une femme de 71 ans, bien portante encore, atteinte d'un utérus fibromateux depuis une trentaine d'années

et ménopausique depuis vingt ans. Depuis deux mois, elle perdait tous les jours une goutte de sang. Le fond du vagin rétréci, inextensible, n'admettait aucun instrument, le col effacé était inabordable et il devenait réellement impossible de songer à une manœuvre d'exploration intra-utérine quelconque.

J'étais très embarrassé, car j'avais vu dans les trois dernières années une série de quatre malades fibromateuses ayant dépassé l'âge de la ménopause depuis 5 et 10 ans, et chez lesquelles les fibromes sous-muqueux avaient évolué vers la cavité utérine et déterminé la formation de polypes. La petite quantité de sang perdue chaque jour, la preuve d'aucune perte abondante à aucun moment, me firent pencher vers le diagnostic d'épithéliome cylindrique au début; malgré l'absence de toute perte odorante, je fis une hystérectomie abdominale totale. L'observation et l'examen histologique de la pièce sont rapportés dans la thèse de Piquand. En ouvrant la cavité utérine, nous avons trouvé le fond de la cavité tapissé de petites végétations, dont l'examen histologique fait par Landel et constaté par nous certifia la nature cancéreuse.

M. Hartmann. — Nous sommes tous d'avis qu'une intervention précoce donnera des résultats meilleurs qu'une intervention tardive. Actuellement nous en sommes encore réduits à la biopsie pour les cas suspects observés tout à fait au début, mais ce n'est pas le diagnostic de ces cas qui améliorera beaucoup nos statistiques. Ils sont rares et nous pouvons dire que les gynécologues de profession ne méconnaissent qu'un bien petit nombre de cancers sans les opérer ; je croirais plutôt qu'ils ont tendance à enlever des cols de métrite et non à laisser, sans les opérer, des carcinomes au début.

Ce qui fait que nous opérons en général trop tard, c'est que nous voyons trop tard les malades, tant par la faute de celles-ci que par celle des praticiens généraux ou des sages-femmes qui ne savent pas les dépister. Il faudrait que les malades fussent averties de la gravité de certains écoulements se produisant sans grandes douleurs, et que médecins et sages-femmes fissent, au moindre soupçon de lésion maligne, appel au gynécologue. Il faut que tous sachent bien qu'une opération précoce peut sauver le plus grand nombre des malades et qu'on ne se laisse pas aller au découragement. On a trop donné à entendre que le cancer de l'utérus récidivait à peu près nécessairement. Un certain nombre de médecins en sont arrivés à se demander si, plutôt que de faire courir, pour un bénéfice lointain aléatoire, des risques immédiats réels, il ne vaut pas mieux se contenter des petits moyens jusqu'au jour où, la situation devenant intolérable, il y a nécessité de recourir à une intervention, qui alors ne peut nécessairement être que palliative.

Nous devons réagir contre cette idée. Le cancer utérin est, au début, une maladie locale, et une ablation complète a toutes chances d'amener la guérison. Tous nous possédons des cas de guérison, qui sont observés depuis un temps suffisant pour permettre de penser à une guérison définitive.

Ce qui prouve bien qu'une propagande faite dans ce sens peut donner des résultats, c'est ce qui s'est passé dans la Prusse orientale.

Il y a quelques années, Winter, de Konigsberg, a envoyé un mémoire à toutes les sages-femmes du pays et a publié dans les journaux locaux une note sur les premiers symptômes du cancer.

Le résultat a été que, dans l'année qui a suivi, le pourcentage des femmes venant consulter le médecin dans les premières semaines a augmenté de 14 à 22 p. 100, que celui de celles qui sont venues dans les trois premiers mois est monté de 18 à 35 p. 100, qu'enfin l'opérabilité des cas se présentant à la clinique gynécologique de Königsberg s'est relevée de 62 à 74 p. 100.

Cet exemple montre bien ce que peut une lutte engagée pour la recherche précoce des cas de cancer. C'est en voyant les cancéreuses plus tôt que nous aurons plus de chances de faire des opérations complètes. Pour obtenir ainsi des guérisons durables, il faut enlever tout; c'est pour cela que, comme notre collègue Faure, je recours en principe à la voie abdominale, non pas que j'aie la prétention de faire de grands évidements du bassin, que je cherche à enlever tous les ganglions comme ont cru pouvoir le faire, il y a quelques années, Wertheim et Jonesco, pratiquant ainsi des opérations compliquées qui, pour employer l'expression de mon maître Pinard, constituent de véritables autopsies sur le vivant. Les faits que j'ai publiés, il y a quelques années, avec mon ami et élève Lecène, dans les *Annales de Gynécologie*, montrent combien cette recherche des ganglions est illusoire.

Je préfère la voie abdominale à la voie vaginale parce que, ainsi que l'a très bien dit Faure, par cette dernière voie on est forcément obligé, pour s'éloigner de l'uretère, de pincer et de couper immédiatement contre le tissu utérin très près du cancer, parfois même dans le cancer lui-même.

L'observation suivie des malades nous montre que les récidives à distance sont rares, que presque toujours le mal reparaît *in sitû*. Elle nous conduit par là même à chercher à *faire une ablation locale plus large*. C'est ce que ne permet pas l'hystérectomie vaginale.

Je ne m'en suis jamais rendu compte aussi bien que depuis que je pratique systématiquement l'hystérectomie abdominale. Plusieurs fois il m'est arrivé de trouver des cancers qui semblaient à l'examen clinique très limités et qui, à l'opération, apparaissaient plus étendus, propagés à la base des ligaments larges. Il y a deux mois encore, j'ai eu l'occasion d'opérer un de ces cas. Le cancer semblait des plus limités, l'utérus mobile, le vagin absolument sain.

Au cours de l'opération abdominale, je pus constater que le cancer se propageait dans l'épaisseur du col jusqu'à la base du ligament large et que là existait à la face externe du vagin (sain du côté de la cavité) un noyau cancéreux. Il est certain que ce cas se présentait dans les meilleures conditions pour une hystérectomie vaginale, et il est non moins certain que celle-ci aurait laissé *in sitû* le noyau que j'ai facilement enlevé par l'abdomen.

Ainsi limitée à l'ablation de la portion du paramètre qui entoure le pédicule utérin et à la résection de la partie supérieure du vagin, l'ablation abdominale des cancers du col constitue une opération excellente dans ses résultats immédiats et incontestablement supérieure dans ses résultats éloignés à

l'hystérectomie vaginale. Le seul point quelquefois un peu délicat est l'excision de la base du ligament large lorsqu'un noyau cancéreux plus développé fait adhérer les deux lames qui la constituent et empêche de les écarter comme les feuillets d'un livre.

Étant donné ce que nous venons d'exposer à propos de l'anatomie pathologique de certains petits cancers du col, on comprendra que nous n'admettons pas l'opinion de Faure qui accorde qu'on peut pratiquer l'hystérectomie vaginale dans les cancers tout à fait au début. L'opération abdominale, contrairement à ce qu'il pense, n'est ni longue ni grave, je n'ai pas encore perdu de malades ; elle n'expose pas à laisser des propagations extra-vaginales non diagnostiquées, elle doit donc être préférée à l'hystérectomie vaginale, qui n'a pour elle que sa rapidité d'exécution. Comme Faure et comme l'avait conseillé il y a bien des années Ott, j'ai fait autrefois un certain nombre d'hystérectomies vaginales palliatives, pour supprimer des hémorragies ou des accidents d'infection dans des cas où une ablation totale était impossible. J'ai abandonné ces opérations ; elles ne m'ont pas donné de résultats sensiblement supérieurs à ceux du simple curettage et sont quelquefois suivies de mort.

Comme Doléris, je me contente de curetter jusqu'au stroma résistant, je cautérise au thermo et je tamponne à l'iodoforme. On est quelquefois étonné de voir se reformer une sorte de col et d'avoir des améliorations inespérées.

Je ne reconnais à l'hystérectomie vaginale qu'une indication, c'est celle qui résulte de conditions anatomiques spéciales, existence d'un ventre en besace à paroi surchargée de graisse. Chez ces femmes, lorsque, avec un ventre épais de plusieurs doigts, je trouve une vulve largement ouverte, je pratique encore l'hystérectomie vaginale ; je reconnais qu'elle est inférieure à une hystérectomie abdominale bien faite; mais comme, dans de pareils cas, l'opération abdominale est difficilement bien exécutée, qu'elle présente alors une gravité plus grande, je me résous, bien qu'à regret, à suivre la voie basse.

En dehors de ces cas, en somme exceptionnels, *je pratique systématiquement l'ablation abdominale de l'utérus, de la partie adjacente du paramètre, spécialement de celle qui entoure le pédicule utérin, et de la partie supérieure du vagin.*

M. Richelot. — Ces cas dans lesquels la voie vaginale est indiquée ne sont pas aussi exceptionnels que M. Hartmann veut bien le dire. D'autre part, le cancer du corps de l'utérus est le triomphe de la voie vaginale ; en Allemagne, où la voie abdominale est le plus habituellement préférée, on recourt volontiers à la voie vaginale pour les cancers du corps de l'utérus.

M. Pinard. — Dans certains cas, il est en effet fort difficile de faire le diagnostic du cancer du col de l'utérus : chez certaines femmes qui ont dépassé la soixantaine, le vagin n'existe pour ainsi dire plus, il y a une sorte d'atrophie vaginale qui rend impossible l'accès du col et qui, par conséquent, rend difficile l'examen du col avec le doigt ou le spéculum, et rend impossible la biopsie. Il est relativement fréquent de voir des femmes âgées, n'étant plus

réglées depuis de longues années, et chez lesquelles un écoulement sanguin, plus ou moins intermittent, peut survenir sans retentir sur la santé générale et sans nécessiter une intervention quelconque.

Je connais en particulier cinq femmes qui, depuis plus de vingt ans, ont franchi l'âge de la ménopause et qui, depuis cette époque, perdent d'une manière intermittente quelques gouttes de sang et ne présentent cependant rien d'inquiétant au point de vue de leur état général. J'ai été consulté par l'une d'elles il y a dix-sept ans. Cette dame a actuellement 91 ans et continue à se se bien porter. Les quatre autres sont vivantes et ne perdent plus de sang depuis quelques années. Je ne puis affirmer que ces femmes n'ont pas eu ou n'ont pas d'épithélioma ; mais, en tout cas, cette affection ne se serait traduite par aucun symptôme inquiétant. Aussi, pour ma part, chez une femme âgée de 71 ans comme l'opérée de M. Quénu, je ne me presserais pas de conseiller l'intervention.

M. Champetier de Ribes. — Je connais également une femme âgée qui, quinze ans après la ménopause, fut prise de pertes de sang intermittentes. Tarnier fut comme moi partisan de l'expectation. Cette femme a aujourd'hui 80 ans et ne perd plus de sang depuis quelques années ; elle n'a nullement l'aspect cachectique, et si ses métrorrhagies étaient symptomatiques d'un épithélioma utérin, il faut avouer que ce néoplasme n'était guère de nature maligne et ne nécessitait pas l'intervention.

M. Quénu. — Je ne puis que maintenir mes conclusions : chez toute femme ayant dépassé la ménopause, une perte de sang persistante doit entraîner le curettage et l'examen histologique du produit du curettage. J'accorde à M. Pinard qu'en cas d'une atrophie sénile des organes génitaux qui empêche toute exploration, la question d'intervention radicale soit plus discutable. Je n'ai eu qu'à me louer cependant d'être intervenu chez ma malade de 71 ans, puisque l'examen de la pièce utérine a démontré l'existence d'un épithélioma de la muqueuse.

M. Routier. — Les cancers les plus petits et paraissant être au début de leur évolution sont ceux qui m'ont donné les moins bons résultats au point de vue de la récidive : elle se produit dans ces cas-là plus rapidement que dans les cancers bourgeonnants, assez développés.

Pour les cancers du corps, j'ai fait, il y a une vingtaine d'années, un mémoire sur ce sujet, à propos de quatre cas que je venais d'observer. Dans l'un d'eux, j'enlevai un utérus tomenteux à l'intérieur, la pièce fut confiée à M. Cornil ; celui-ci répondit, après un premier examen, qu'il s'agissait d'un cancer ; mais, plus tard, il revint sur sa première réponse et il conclut à des lésions de métrite chronique. La malade, revue 15 ans après l'opération, était bien portante.

Actuellement, je soigne trois malades âgées, qui ont dépassé l'âge de la ménopause depuis longtemps : elles ont 62, 72, 78 ans. Ces malades ont perdu quelques gouttes de sang ces temps derniers ; l'une d'elles a 72 ans, elle a été

opérée en 1874 par Péan d'une tumeur du sein. Après l'examen d'un lambeau utérin enlevé par la curette, j'ai fait une hystérectomie vaginale deux mois après l'apparition de légères métrorrhagies, et dans l'utérus j'ai trouvé un néoplasme ayant la forme d'un champignon gros comme le poing. Quant aux deux autres malades que je suis actuellement, et qui ont eu des pertes sanguines et un écoulement de liquide sanieux, l'une a 78 ans et je me demande si à cet âge on est autorisé à faire une aussi grave opération que l'hystérectomie. L'autre a 62 ans, je lui ai enlevé un polype du col, et je me demande si je ferai une intervention plus active au cas où le suintement sanguin persisterait malgré cette intervention.

Quand on est consulté par une malade de ce genre, l'affection est toujours ancienne, il est donc impossible de faire un diagnostic précoce ; du reste, ces cancers ont une évolution extrêmement lente.

M. Doléris. — Malgré la difficulté de reconnaître un néoplasme cavitaire précoce, précisément en raison de l'évolution insidieuse et lente de certaines de ces tumeurs malignes et de l'absence de tout signe extérieur visible, toutefois nous sommes largement outillés pour arriver à un diagnostic, dès qu'un symptôme révélateur, tel que l'hémorragie ou un écoulement muqueux trouble, se produit chez une femme qui a dépassé la ménopause : il faut dilater, cureter et examiner.

Il existe cependant des cas dans lesquels le curettage le plus minutieux ne permet de découvrir aucun tissu suspect.

M. Routier demande s'il faut opérer les cas dont il a parlé. Cela dépend des conditions variables de la nature du terrain. Mais il est certainement des cas dans lesquels, en raison de l'âge très avancé, de l'état général mauvais, de la généralisation probable du cancer, même en dehors de la sphère génitale, il convient de s'abstenir.

Sur les chances de récidive suivant l'aspect du néoplasme et son siège, son petit volume ou son grand développement, nous avons déjà assez longuement discuté ; la question est complexe et les conditions de la récidive sont fonction de tant d'inconnues qu'il est fort imprudent de risquer un pronostic.

M. A. Siredey. — Je crois, comme M. Doléris, que le curettage explorateur permet, dans la plupart des cas, d'établir d'une manière précoce le diagnostic de cancer primitif du corps utérin. Souvent on y a recours trop tard, beaucoup de médecins ne se préoccupant pas assez de ces pertes de sang, si inquiétantes, qui apparaissent après la ménopause. A mon avis, le curettage explorateur s'impose dès qu'on observe des métrorrhagies après la ménopause. En le pratiquant systématiquement, l'examen histologique des débris de la muqueuse permet de réclamer le secours d'un chirurgien en temps opportun. J'ai pu faire opérer ainsi, par M. Monod, une malade dont les pertes avaient débuté depuis un mois à peine. Le microscope nous avait révélé l'existence d'un épithélioma cylindrique. Les suites de l'opération furent excellentes.

M. Richelot. — Routier a vu, comme moi, que les très petits cancers que nous opérons quelquefois récidivent avec une rapidité désespérante, et qu'on peut avoir de meilleurs résultats avec des cancers plus avancés.

Nos succès relatifs dépendent plus encore de l'évolution propre de la tumeur que du moment précis de notre intervention. Et en cela j'étais plutôt optimiste, car nous n'opérerons jamais les femmes que quand elles viendront nous consulter, et il est intéressant de savoir que, si elles viennent un peu plus tard, la situation n'est pas toujours perdue.

Quant à la question posée par Routier sur la conduite à tenir en présence d'une femme de 78 ans qu'on soupçonne d'avoir un cancer utérin, il est bien difficile de répondre. Personne de nous ne peut avoir une règle à cet égard. L'âge n'a qu'une valeur relative.

Il faut poser en principe que « presque toujours, quand on observe après ménopause confirmée des hémorragies ou des suintements, il s'agit d'un cancer de l'utérus ». Il y a des exceptions, mais assez peu nombreuses pour que le médecin, en pareil cas, ne soit jamais rassuré et ne s'endorme jamais.

J'ai vu moi même, il y a une dizaine d'années, à l'hôpital Saint-Louis, un de ces cas exceptionnels: chez une femme de 60 ans, par cela seul qu'elle avait 60 ans et qu'elle perdait du sang, j'ai cru au cancer. Sans explorer davantage, j'ai enlevé l'utérus et j'ai constaté qu'il n'y avait rien. Mais, en ouvrant les culs-de-sac péritonéaux, j'avais vu couler une abondante sérosité ; il y avait un certain degré d'ascite, que l'épaisseur adipeuse de la paroi abdominale m'avait empêché de voir. La malade guérit de l'opération, mais quelques mois plus tard elle mourait de cirrhose hépatique. J'admets depuis lors qu'une femme, après sa ménopause, peut avoir des « épistaxis utérines » dans certaines maladies, cirrhose du foie, affections cardiaques, etc. Il ne suffit pas d'avoir une opinion même très motivée, il faut encore avoir certitude. et c'est ce que donne le curettage dans les cas obscurs, dans les cancers peu développés qui se cachent au fond de la cavité utérine.

M. P. Segond. — Le curettage explorateur n'a de valeur réelle que dans les cas de diagnostic difficile et il faut reconnaître que les renseignements fournis par l'histologie ne sont pas toujours d'une précision suffisante pour légitimer l'intervention radicale.

J'ai été un peu surpris d'entendre Richelot affirmer que, dans la presque totalité des cas, chez une femme qui a franchi l'âge de la ménopause depuis plusieurs années, le diagnostic de cancer du corps de l'utérus s'imposait d'une manière presque absolue lorsqu'il y avait un suintement sanguin un peu persistant par les organes génitaux. Pour ma part, si j'admets que ce suintement sanguin plus ou moins abondant doit faire penser souvent à l'existence d'un cancer, dans nombre de cas je n'ai point porté un diagnostic aussi sombre et les événements ultérieurs ne m'ont pas fait regretter mon abstention.

Je suis d'accord avec Faure et Richelot lorsqu'ils considèrent les petits can-

cers du col comme d'un pronostic relativement plus sombre que les cancers à forme bourgeonnante; comme eux, j'ai observé en pareil cas des récidives qui me paraissaient d'autant plus précoces et déconcertantes que j'avais cru opérer dans les meilleures conditions. Ce sont surtout les formes creusantes du cancer qui me paraissent du pronostic le plus redoutable au point de vue de la récidive.

Je ne suis point partisan de la recherche des ganglions : il est démontré aujourd'hui qu'il est illusoire et par suite dangereux de vouloir enlever tous les ganglions qui peuvent être atteints par l'infection cancéreuse. C'est l'une des raisons pour lesquelles je continue à enlever les utérus cancéreux par la voie vaginale. L'objection qui est faite de ne pas pouvoir opérer facilement par cette voie lorsque l'utérus ne s'abaisse pas facilement, est pour moi sans importance; car, dès qu'un utérus cancéreux n'a plus toute sa mobilité, j'estime qu'il ne faut pas plus l'enlever par en haut que par en bas. Le pronostic de l'hystérectomie vaginale chez une femme âgée dépend non seulement de l'état général de la femme, mais surtout de la mobilité de l'organe à enlever. Si le vagin n'est pas trop rétracté, si le col donne une prise suffisante et si surtout l'utérus mobile s'abaisse facilement, l'hystérectomie, dont la durée ne dépassera guère 7 à 8 minutes, fera réellement courir peu de risques à la malade, en lui donnant des chances de survie. Si les conditions sont inverses, mieux vaut s'abstenir.

M. A. Siredey. — Bien que la plupart des métrorrhagies qui surviennent après la ménopause soient symptomatiques d'un cancer, on en observe quelquefois qui sont en rapport avec des métrites ou même avec des congestions utérines d'origine variable.

En 1892, j'étais appelé auprès d'une dame de 70 ans qui présentait une hémorragie assez abondante, 20 ans après la ménopause. L'examen local ne révélait aucune lésion du col ou des annexes, mais l'utérus était un peu gros et fortement abaissé, le col situé à 4 ou 5 centimètres de la vulve dans le décubitus horizontal, faisait saillie à l'orifice lorsque la malade, étant debout, faisait le moindre effort. Il fut impossible de lui faire accepter un pessaire, et elle se contenta de porter une serviette bien serrée qui soutenait les organes au niveau de la vulve. Les hémorragies se renouvelèrent tous les mois avec une régularité parfaite, et cette dame vécut jusqu'à l'âge de 83 ans, sans présenter d'autres accidents de ce côté en dehors de cette pseudo-menstruation qui persista jusqu'à sa mort.

La seconde observation se rapporte à une femme de 66 ans, nullipare, sans passé génital. La ménopause s'était établie à 51 ans, sans le moindre incident : au printemps de 1900, elle se sentit tout à coup inondée, l'hémorragie se prolongea 2 ou 3 jours avec une faible intensité. A ma grande surprise, il ne survint aucun accident nouveau, la santé générale resta excellente. Trois ans plus tard, le sang reparut pendant 2 ou 3 jours, il ne s'est produit aucun phénomène insolite depuis cette époque, et actuellement rien dans l'état général

de cette femme ne paraît depuis 6 ans de nature à inspirer de l'inquiétude.

Dans les deux cas, les pertes étaient d'emblée très abondantes. Je serais tenté de croire que les hémorragies profuses, mais de courte durée, sont moins inquiétantes qu'un suintement en apparence insignifiant, mais prolongé, continu. Cette dernière forme m'a semblé plus particulièrement en rapport avec le cancer.

M. Pozzi. — Pour le curettage explorateur nous sommes tous du même avis : la biopsie s'impose toutes les fois que le diagnostic est hésitant.

Au point de vue opératoire, je crois que plus le cancer est limité, plus l'hystérectomie doit être large; je suis du même avis que P. Segond sur l'importance de la mobilité utérine de la non-propagation vaginale.

Quant à la question posée par M. Siredey, on peut donner deux réponses : pour la première femme, les pertes répétées paraissent avoir été occasionnées par une métrite hémorragique ayant pour cause le prolapsus.

Le second cas me paraît plus intéressant, j'ai vu des accidents semblables chez des femmes ayant un corps fibreux sous-muqueux oblitérant la cavité utérine et déterminant une véritable hématométrie. A certains moments, ces fibromes peuvent se déplacer, déboucher l'orifice du canal cervical et permettre un écoulement abondant de sang.

Quant au résultat opératoire donné par l'intervention faite dès le début du cancer, il est variable. J'ai vu deux fois un cancer tellement limité qu'il ressemblait à un petit chancre et que j'hésitais à opérer. Cette ulcération suspecte fut examinée histologiquement, et la réponse me conduisit à l'opération. La première, âgée de 60 ans, a été opérée il y a 12 ans et est actuellement bien portante. Chez la seconde, âgée de 40 ans, la biopsie m'a fait intervenir ; j'ai enlevé l'utérus, mais 4 mois après ma malade mourait d'une métastase galopante, et cependant jamais je n'avais opéré aussi près du début. Il y a des cancers malins d'emblée, comme il y a des cancers à évolution lente.

M. Doléris. — M. Richelot a voulu marquer énergiquement une fois de plus cette règle de gynécologie : quand une femme qui a dépassé l'âge de la ménopause perd du sang, il faut penser au cancer. Mais ce n'est qu'une présomption, qui disparaît ou se vérifie lorsqu'on a pu, par un curettage explorateur, rendre le diagnostic évident. L'affirmation et la négation, basées sur le symptôme seul, resteront toujours hasardées. Je ne crois pas davantage que la forme discrète, prolongée, continue de l'hémorragie, ou les pertes abondantes et inopinées, se produisant à longs intervalles, puissent fournir une indication certaine.

Il y a sept ans environ, une malade de 60 ans passés m'est amenée ; elle a consulté Freund, de Strasbourg, pour des pertes peu abondantes, continues ; sa santé générale est bonne, l'utérus est peu volumineux, le col est petit et normal. Freund avait été très catégorique : « Pas de cancer, pas d'opération. » Je répondis : « J'ignore s'il y a un cancer, mais dans 48 heures je vous le dirai. »

Effectivement, une dilatation et un curettage extemporanément pratiqués me permirent de découvrir un noyau épithéliomateux situé dans une corne utérine. La malade fut opérée. Elle est actuellement en excellente santé.

Je me rappelle nettement 4 cas, dans lesquels l'hémorragie, anormale chez des femmes âgées, était symptomatique de toute autre affection que le cancer: muqueuse utérine végétante chez une femme obèse et diabétique; muqueuse épaissie chez une diabétique, variqueuse, à cœur gras; muqueuse en mauvais état chez une femme ayant une cirrhose du foie avec lésion rénale; petit polype fibreux.

Ce qui précède me permet d'abord d'atténuer, comme il le ferait lui-même, et de ramener à une forte présomption de *néoplasme malin* l'affirmation trop absolue que M. Richelot a formulée sous une forme aphoristique.

M. Pinard. — Parmi les observations auxquelles j'ai fait allusion dans la séance précédente, il y en a une dont je puis préciser les détails, car j'ai revu ces jours derniers la femme dont il s'agit. Une femme de 84 ans, n'ayant ni cirrhose ni maladie générale, a depuis 19 ans un suintement sanguin continu: je l'ai examinée de nouveau, l'utérus est petit, le vagin n'est pas cartonné: elle a été vue par Freund, qui a été du même avis que moi, c'est-à-dire qui a conseillé de ne rien faire. Si c'est un cancer, il est bien bénin.

M. J.-L. Faure. — Il est assez facile de donner la raison de ce que M. Siredey a observé, à savoir que les hémorragies, le suintement sanguin quotidien ont, au point de vue du diagnostic du cancer, plus d'importance que les hémorragies assez abondantes qui disparaissent pendant un certain temps. C'est qu'en effet les premières tiennent à la présence d'une ulcération qui persiste, et il n'y a par conséquent aucune raison pour que l'hémorragie s'arrête. Elle est légère comme celle de la plupart des hémorragies de cancers au début, mais elle persiste. L'hémorragie considérable tient à une autre cause et peut avoir des causes multiples.

Richelot. — Les faits de saignements non cancéreux relatés par Doléris m'intéressent particulièrement; ils sont de la même catégorie que le mien, puisqu'il s'agit d'épistaxis utérines en rapport avec le diabète ou la cirrhose du foie.

Il n'en faut pas moins répéter que tout utérus qui saigne après ménopause confirmée est, dans l'immense majorité des cas, un utérus cancéreux.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER DE L'UTÉRUS

De l'état de la lutte contre le cancer de l'utérus (Der Stand der Bekampfung der Gebärmutter-Krebses). E. Opitz, *Monatssch. f. Geb.u. Gyn.*, janvier 1906, p. 62.

L'auteur s'est proposé de représenter à grands traits l'état actuel de la lutte contre le cancer. Une condition capitale au bon succès de cette lutte, reconnue par tout le monde, c'est *de diagnostiquer la maladie au plus tôt.* On sait l'initiative que Winter a prise dans ce but : *éclairer médecins, sages-femmes et le public* de toute l'importance de cette rapidité dans le diagnostic, initiative qui a été imitée de tous côtés (1).

Après la question de la précocité du diagnostic, d'où s'écoule naturellement celle de la précocité de l'intervention, se présente le *choix de la voie à suivre* : a) *vaginale* ou b) *abdominale.* A ce sujet, l'auteur écrit : « alors que récemment encore, sous l'influence de l'intervention décidée d'Olshausen, des recherches nombreuses de Schauta-Hitschmanns sur les ganglions, des déclarations mal interprétées de Wertheim et Doderlein, le plateau de la balance penchait en faveur de l'opération vaginale et, particulièrement pour le procédé *para-vaginal* de Schuchardt, les choses, au congrès de Kiel, ont pris un autre aspect. En effet, exception faite d'une courte remarque de Heriffs, aucun des partisans de la voie vaginale ne prit la parole. Par contre, les partisans des méthodes abdominales prirent d'autant plus vivement part au débat et l'approbation donnée par le congrès au rapport de Wertheim sur ses résultats mit bien en relief leur indiscutable supériorité ». Aujourd'hui, la condition de temps (5 années d'observation) requise par Winter existe pour les *observations abdominales amplifiées.* Les statistiques comparatives produites par Wertheim militent fortement en faveur des opérations abdominales, tout particulièrement lorsqu'on compare les résultats de Chrobak et Schauta avec ceux de Wertheim qui, tous, ont leur théâtre d'opérations à Vienne et qui, par suite, selon toute vraisemblance, opèrent dans des conditions très comparables : 4,6 ou 3,1 p. 100 de guérisons définitives pour Chrobak et Schauta contre 11 p. 100 pour Wertheim, la mortalité opératoire, plus élevée pour les opérations abdominales, entrant dans ce calcul. Car, si l'on n'établit les chiffres que d'après les survivantes, ces rapports deviennent 4,9 ou 3,4 p. 100 contre 20,4 p. 100; en d'autres termes, *Wertheim aurait libéré définiti-*

(1) Rossier, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1905, p. 152.

vement du cancer 5 *fois plus de femmes que Chrobak et* 6 *fois plus que Schauta.* Les chiffres publiés entre temps par Mackenrodt et Brunet (1) militent dans le même sens; malheureusement, la plupart de leurs observations ne justifient pas du temps d'observation nécessaire. A l'occasion de la discussion du travail de Mackenrodt, à Berlin, Bumm déclara qu'il avait opéré, pour sa part, 90 p. 100 des femmes cancéreuses, avec une mortalité opératoire de 20 p. 100. Il comptait alors 36 p. 100 de guérisons pour les *deux premières années*, chiffre qui, pour les 3 années suivantes, devait vraisemblablement tomber à 30 p. 100, chiffre toujours supérieur aux meilleurs obtenus par l'extirpation vaginale totale. Dans la discussion sur le même thème qui eut lieu à Kiel, v. Rosthorn, Pfannenstiel, Zweifel, v. Franqué, Franz, Krönig, Mackenrodt, Latzko se prononcèrent en faveur de l'*opération abdominale plus « étendue »* (abdominalle erweiterte Operation), Pfannenstiel avec quelques réserves toutefois, etc. Opitz ajoute: *C'est un fait particulièrement significatif qu'un homme comme Zweifel, qui appartient à une génération précédente et qui avait eu de bons résultats de l'opération vaginale, se soit, en principe, rallié à la voie abdominale et qu'en outre, au moins pour la première période d'observation, il ait obtenu plus de guérisons qu'auparavant.* L'auteur, toutefois, reconnaît que les résultats obtenus par certains chirurgiens sont presque décourageants, ceux annoncés par Jacobs par exemple (2). « Aussi, ajoute-t-il, si l'on doit espérer progresser avec l'extension des opérations abdominales, convient-il de ne pas trop molester les opérateurs heureux qui restent encore fidèles à la voie vaginale.

A cause de cette incertitude des résultats des opérations abdominales plus étendues, les constatations histologiques faites sur les tissus obtenus dans les opérations ou à l'autopsie ont une importance d'autant plus grande : travaux de Kundrat (Wertheim), Kromer (Pfannenstiel), Brunet (Mackenrodt) (3), Pankow (Krönig) et Oebleker (Olshausen), etc., constatations desquelles se dégage nettement ce fait : *fréquemment diagnostic et état histologique ne se superposent pas.* Des paramétriums, en apparence sains, peuvent être complètement semés de cancer, et *vice versa.* Quant aux ganglions, ils seraient déjà dégénérés dans un tiers des cas. En ce qui concerne la marche du cancer, contrairement à l'assertion de Schauta, elle ne se ferait pas, dans la plupart des cas, par bonds. D'ordinaire, le processus cancéreux frapperait successivement : les paramétriums, les ganglions de la première étape (hypogastriques et inguinaux), les ganglions iliaques externes, sacrés et lombaires, et seulement plus tard les ganglions plus élevés, inaccessibles à l'action chirurgicale. (A cette règle, quelques exceptions.)

Les résultats de ces recherches histologiques sont de nature à expliquer l'action et la supériorité des opérations abdominales, et il reste indiscutable que l'exérèse des paramétriums est incomparablement mieux réalisable par la voie haute que par la voie vaginale, même avec le procédé de Schuchardt. La solu-

(1) MACKENRODT et BRUNET, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1905, p. 388.
(2) JACOBS, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1905, p. 441.
(3) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1905, p. 388.

tion de la question de *l'utilité ou de l'inutilité de l'extirpation des ganglions* est encore insoluble; toutefois, les observations de Doderlein, Wertheim et Mackenrodt, qui établissent que des femmes auxquelles on enleva sûrement les ganglions cancéreux restent bien portantes jusqu'à ce jour, enseignent qu'il ne faut pas se hâter de proclamer ce raclage des ganglions dangereux et inutile. Il ne faut pas, d'autre part, accepter comme un fait définitivement acquis, que des métastases cancéreuses meurent spontanément dans les ganglions. Il est encore établi qu'il advient assez fréquemment que des ganglions très augmentés de volume ne sont pas atteints par le processus cancéreux, tandis que des noyaux lymphatiques petits, assez petits pour rester inappréciables au toucher, même après incision du péritoine, sont déjà le siège de métastases cancéreuses.

Toutes particularités qui démontrent que cette question des ganglions est bien loin d'être entièrement élucidée et qu'on ne saurait mettre en parallèle la recherche et l'enlèvement des ganglions hypertrophiés et le raclage étendu de l'appareil lymphatique correspondant.

L'auteur étudie ensuite la question *des dangers plus grands des opérations abdominales.* « En général, écrit Opitz, on se contente de comparer simplement la mortalité opératoire de la voie haute et de la voie vaginale, manière de faire qui établit un nombre de décès plus fort au passif de la voie haute. Mais ce mode de calcul n'est pas juste. Car, le plus souvent, on traite par cette voie des cas particulièrement graves et difficiles qui, pour la plupart, ne sont déjà plus justiciables des opérations par le vagin. » Pareille chose se produit même pour les diverses interventions vaginales. En effet, tandis que la mortalité opératoire moyenne de ces opérations n'est que de 6 à 8 p. 100, elle s'est élevée pour Schuchardt, Staude et Schauta à 9,6, 17,6, 12,3 p. 100, par la raison qu'ils ont élargi le cercle de ces interventions par la voie basse à l'aide de l'incision périnéo-vaginale. *Bien qu'en général la mortalité opératoire pour la voie haute soit réellement plus élevée, il est certain néanmoins qu'elle est en décroissance.* Si l'on admet une mortalité moyenne de 18 à 20 p. 100 (Gellhorn compte, sur 812 opérations, 175 décès), un certain nombre d'opérateurs ont cependant une mortalité inférieure, par exemple : Rosthorn, 2 morts sur 35 opérations; Clark, Kelly et Latzko, 10 opérations sans un décès; Döderlein, 25 avec 0 décès; Krönig, 47 opérations, 2 morts; v. Franqué, 66 opérations à la Wertheim, 11 décès; Jacobs, 6 décès sur 96 cas.

D'ailleurs, la différence au point de vue des risques n'existe pas seulement entre la voie haute et la voie vaginale; ces risques varient aussi avec les différentes opérations. Si, par exemple, Krönig sur 36 femmes opérées à la Wertheim n'en perdit que 2, il en perdit sur 32 (cas très graves) opérées à la Mackenrodt 12 et même 13, si l'on compte un décès survenu tardivement. En général, *plus étendues sont les plaies nécessaires et plus nombreux sont les décès.* « On est en droit d'espérer qu'avec le temps les résultats *immédiats* des opérations les plus radicales, les plus étendues, s'amélioreront.

Et il faut se souvenir que *toute femme guérie par une intervention aussi*

complète est un résultat absolu, par la raison que, ne pouvant pas être sauvée par une opération vaginale, elle eût été irrémédiablement perdue.

L'auteur traite ensuite : a) *de la meilleure technique à suivre* (opération de Wertheim, d'Amand et Mackenrodt, de Bumm, de Latzko); b) *du drainage*; c) *des lésions secondaires*; d) *des causes de la mort et des meilleurs moyens de les prévenir*. Pfannenstiel, par exemple, s'efforce de *grouper les cas d'après leur malignité*, réservant les plus favorables à la voie vaginale, les autres à la voie abdominale. Au premier groupe appartiennent les cancers du corps, puis les cancers au début de la portion vaginale du col de l'utérus. Sont rangés parmi les plus défavorables, les cancers mous du col et les endothéliomes, ainsi que toutes les tumeurs chez les femmes jeunes et gravides. Quelle que soit l'exactitude, plus ou moins grande, de cette classification, il conviendrait en tout cas, contrairement à ce qui advient d'ordinaire, que dans les statistiques relatives aux résultats obtenus on notât soigneusement la nature des cas.

Opitz insiste ensuite sur la nécessité d'une *sélection aussi judicieuse que possible des cas à opérer*, tout en notant combien encore la constatation, au cours de l'opération, de l'état réel des choses révèle souvent des surprises au chirurgien. En terminant, il étudie deux points intéressants : 1° *l'extirpation* et 2° *la prophylaxie des récidives*.

1° Jadis, on estimait que les récidives étaient des lésions qui ne laissaient aucun espoir. A l'heure actuelle, à la suite de G. Klein, on a commencé à attaquer les récidives du cancer de l'utérus avec le bistouri, et déjà des résultats notables ont été obtenus. V. Rosthorn a consacré à cette méthode un travail spécial et déclare qu'il est préférable de déterminer exactement la tumeur d'origine, la voie de diffusion, le lieu d'origine de la récidive plutôt que sa grosseur, avant d'opérer. Il distingue des récidives de cicatrice, de tissu connectif et de ganglions, celles-ci les plus dangereuses. Sept fois il put opérer et extirper les récidives, mais souvent avec les plus grandes difficultés et au prix de résections étendues des organes voisins.

Doderlein a aussi, plusieurs fois, opéré des récidives, une fois avec survie de 3 ans. *Toutes ces opérations ont été faites par la voie haute.* A l'occasion on peut, comme je l'ai fait moi-même à Berlin, écrit Opitz, extirper par en bas une récidive commençant dans la cicatrice du vagin. Dans ce cas, il n'y a pas encore de nouvelle récidive un an après la deuxième opération.

2° Quant *à la prophylaxie des récidives*, elle ne sera possible que le jour où l'on possédera un moyen capable de tuer dans l'organisme les germes cancéreux qu'aura laissés *au minimum* une opération précoce et étendue, ou capable d'aider l'organisme à s'en défaire. R. L.

De l'opération abdominale radicale du cancer de l'utérus (Zur abdominalen Radikaloperation des Uteruskarzinoms). STOECKEL, LATZKO, *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 27, p. 853 (1).

1° STOECKEL décrit la *méthode abdominale* suivie actuellement par BUMM. Le

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1905, p. 152.

jour avant l'opération, curettage et tampon de gaze à la formaline. Après ligature des spermatiques — d'abord seulement pincées et coupées — et dédoublement des feuillets du ligament large, ligature des utérines et dégagement mousse de l'uretère, excision du vagin, puis énucléation mousse, avec le doigt, de tout le tissu connectif pelvien, hémostase ; pas de tampon, pas de drain ; incision longitudinale. Durée de 40 minutes à 1 heure et demie. L'isolement de l'uretère n'est pas responsable de sa nécrose, parce que cet organe est très vascularisé, mais plutôt la stase, effet de coudure, causée facilement par le tampon. L'implantation n'est pas à craindre; il faut seulement savoir s'il n'existe pas de pyélite; aussi importe-t-il, avant toute opération pour cancer de l'utérus, de pratiquer la cystoscopie.

2° Latzko. — 1° Une opération radicale, au sens admis par Riess et Peiser, est irréalisable sur la femme vivante ; 2° la question des ganglions est résolue par les recherches de Schauta et de Wertheim relatives aux récidives consécutives à l'extirpation de ganglions cancéreux. Les opérations de Wertheim et de Döderlein ne sont nullement radicales au sens de Peiser. Ce qu'il faut, ce n'est pas la recherche des ganglions, mais le curage des ganglions en même temps que celui de l'organe primitivement affecté. Latzko a montré un cas de cancer de la vulve et de l'utérus opéré d'après ce principe : exérèse simultanée des ganglions, du tissu connectif et des vaisseaux lymphatiques. Dans son procédé, Latzko enlève tout le tissu connectif, les ganglions et l'utérus réunis, n'ouvre le vagin qu'à la fin; drainage descendant par les grandes lèvres ; il a opéré ainsi 10 cancers sans un décès.

R. L.

Pour la lutte contre le cancer de l'utérus (Per la lotta contro il cancro dell' utero). E. de Arcangelis, *Arch. di ost. e ginec.*, 1905, n° 11, p. 641.

Cette monographie, lue au Congrès régional des « Abrusses et Malise » des sages-femmes, est aussi en quelque sorte la continuation de la campagne commencée par Winter. Nous ne saurions mieux la comparer qu'à l'article, fait dans le même esprit et publié dans nos *Annales*, de Rossier (1) : éclairer sages femmes, médecins et le public intéressé de toute l'importance *vitale* qu'a un diagnostic très précoce, au point que, *si une femme, chez laquelle on vient de découvrir un cancer de l'utérus, refuse l'opération qu'on lui propose, il y aurait lieu de lui révéler, en dépit de la terreur qui s'y attache, la vraie nature de son mal, tant à l'heure actuelle, après la faillite ou la quasi-faillite de toutes les tentatives à côté, la vraie chance de salut réside dans une opération à temps et aussi large que possible.*

Et comme Rossier, l'auteur rappelle tous les moyens qui peuvent aider à faire ce diagnostic précoce : *signes cliniques, excision et curettage explorateurs, ceux-ci étant confiés à des hommes compétents.*

R. L.

(1) *Réunion de la Soc. de gyn. allemande*, à Kiel, juin 1900.

Résultats statistiques et anatomiques de l'opération radicale Freund-Wertheim du cancer de l'utérus (Statistische u. anatomische Ergebnisse bei der Freund-Wertheimschen Radikaloperation des Uterus-Karzinoms). SCHINDLER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, Hf. 1, p. 78, etc.

Le 1er cas *d'opération de Freund amplifiée*, à la « Grazer Frauenklinik », date du 22 juin 1899. Les opérations exécutées depuis cette époque se groupent en 3 séries : 1re *série* (Rosthorn et Kermauner-Laméris), 33 cas ; 2e série (Kermauner), 52 cas ; 3e série (Schindler), 32 cas observés d'octobre 1902 au 1er juin 1904 : en tout, 117 cas, du 22 juin 1899 au 1er juin 1904 (1).

Les statistiques ont été dressées d'après les principes suivants : *a*) *pourcentage de l'opérabilité*; il a été tenu compte des malades hospitalisées et non hospitalisées; *b*) *résultats définitifs;* ont été éliminées les malades perdues de vues ou mortes d'affections intercurrentes ; *c*) *opérations palliatives et incomplètes ;* n'ont été éliminés que les cas pour lesquels l'intervention ne pouvait, sûrement, être que palliative ; *d*) *pourcentage de la guérison absolue.* Pour le fixer, il fut tenu compte du pourcentage de l'opérabilité, de la mortalité primitive et des résultats définitifs.

Renseignements obtenus relativement à l'évolution des 117 cas :

Du 1er janvier 1899 au 1er juin 1904, se présentèrent à la Clinique :

1899 :	86 cas, auxquels s'ajoutent 17 cas de diagnostic douteux et 2 cas non inscrits sur le protocole de l'ambulance; au total.				= 105 cas.
1900 :	89 cas	+ 15 (d. douteux)	+ 16 (non inscrits)	. . . . .	= 120 —
1901 :	83 —	+ 16 —	+ 4 —	. . . . .	= 103 —
1902 :	89 —	+ 4 —	+ 10 —	. . . . .	= 103 —
1903 :	79 —	+ 14 —	+ 3 —	. . . . .	= 96 —
1904 :	52 —	+ 6 —	+ 3 —	. . . . .	= 61 —
Soit :	392 cas	+ 55 (d. douteux)	+ 36 (non inscrits)	. . . . .	= 588 cas

De ces 588 cas, furent reçus à la Clinique :

1889 :	61 cas.
1900 :	83 —
1901 :	74 —
1902 :	72 —
1903 :	70 —
1904 :	40 —
	400 cas.

(1) Il pourrait à priori, remarque l'auteur, paraître prématuré de faire déjà une communication sur les résultats définitifs de l'opération de Freund amplifiée, par la raison que nombre de ces faits n'ont pas eu le contrôle de 5 ans exigé par Winter ; mais si l'on prend en considération le fait que de beaucoup le plus grand nombre des récidives se produisent dans les trois premières années *post operationem*, on reconnaîtra que la conclusion générale tirée des résultats observés après ces trois premières années sera peu modifié par les très rares récidives survenues plus tard.

De ces 400 cas, 193 furent opérés :

Amputation haute du col . . .	1	= 76
Hystérectomie vaginale totale .	75	
Hystérectomie abdominale totale	117	
	193	

Opérabilité : 32,82 p. 100 relativement à la totalité des cas ; 48,25 p. 100 relativement à l'ensemble des cas hospitalisés.

Opérabilité par rapport à l'opération abdominale : 22,85 p. 100 ou 36,1 p. 100.

A ne prendre que les cas jusqu'en 1903, on a : opérabilité globale, 33,87 p. 100 (ou 50,34 p. 100) ; opérabilité abdominale, 24,4 p. 100 (ou 38,98 p. 100).

A ne prendre que les cas jusqu'en 1902, on a : opérabilité générale, 34,14 p. 100 (ou 51,37 p. 100) ; opérabilité abdominale, 22,85 p. 100 (ou 37,64 p. 100).

A ne prendre que les cas de 1899 à 1901, on a : opérabilité générale, 31,55 p. 100 (ou 49,3 p. 100) ; opérabilité abdominale, 14,91 p. 100 (ou 27 p. 100).

A partir du milieu de l'année 1903, on adopta plus souvent la voie vaginale, tandis qu'au cours des années 1901 et 1902 on opéra presque exclusivement par la voie abdominale.

Siège du cancer dans les 117 cas : cancer du col,	116	(cas 5, périthéliome ; cas 12, 20, 21, endothéliome).
Polype cancéreux parti du col. .	1	
	117	

Parmi ces cas, *pas un seul cancer du corps*. Les quelques cas de cancer du corps observés durant l'intervalle de temps en question furent opérés par la voie vaginale.

Mortalité primitive : sur ces 117 opérations, il y eut 16 morts des suites directes de l'intervention, soit, comme *mortalité primitive*, 13,67, p. 100 ; mortalité qui, pour les cas jusqu'en 1903, devient 15,21 p. 100 ; jusqu'en 1902, 17,18 ; jusqu'en 1901, 7,4 p. 100. *Causes de la mort :* Cas 4 : collapsus, anémie grave (ganglions cancéreux laissés *in situ* ; cas 2, péritonite séro-fibrineuse ; cas 3, mort 4 semaines *post operationem*, par bronchite suppurée et pyélonéphrite ; infiltration cancéreuse des ganglions lombaires ; cas 34, péritonite circonscrite (également ganglions cancéreux *in situ*) ; cas 35, péritonite purulente, septicémie ; cas 37, collapsus, dégénérescence graisseuse légère du cœur, entérite (septique) ; cas 34, septicémie (ganglions cancéreux *in situ*) ; cas 46, thrombose de l'artère pulmonaire, collapsus, cystite hémorragique, hématome périrectal, artère droite comprimée ; cas 49, dégénérescence graisseuse et dilatation du cœur (ganglions cancéreux *in situ*) ; cas 55, collapsus, anémie, dégénérescence graisseuse du cœur ; cas 63, dilatation et insuffisance du cœur,

adipose générale, principalement du cœur; cas 65, péritonite aiguë, pneumonie gauche, néphrite gauche; cas 80, phlegmon du tissu cellulaire rétro-péritonéal, du bassin, pyonéphrose du rein droit avec urétérite hémorragique, septicémie; cas 81, péritonite purulente, nécrose des uretères; cas 93, péritonite, anémie, pneumonie au début à droite; cas 99, myocardite, artériosclérose.

Examine-t-on de plus près les causes de la mort dans les différents cas, on reconnaît qu'en beaucoup de cas le décès n'est pas l'effet immédiat de l'opération; il s'explique toutefois, d'une part, par la sévérité de l'acte chirurgical et par la perte de sang; d'autre part, par la durée de la narcose, en sorte qu'on est finalement en droit d'enregistrer ces cas au passif de l'opération. Dans l'ensemble, il se dégage — ce qui est reconnu par la plupart des auteurs — que **l'infection septique est la cause principale de l'issue funeste.** Il est d'ailleurs indiscutable que les conditions favorables à une infection quelconque sont plus nombreuses dans les interventions abdominales, qu'elles se multiplient en proportion de l'extension qu'on donne à ces dernières, de l'importance des dévastations auxquelles on se livre (extirpation des ganglions, des troncs lymphatiques, du tissu pelvien, etc.), et que les lésions secondaires, les blessures des gros vaisseaux, des uretères, de la vessie, etc., suivent une progression parallèle.

Court aperçu des complications et lésions secondaires observées dans les cas particuliers. — *Première série* des 33 cas (Kermauner et Laméris). A. Lésions: *a*) Blessure directe de la paroi vésicale, 8 fois; fistule par nécrose de la paroi vésicale, 1 fois = 24,2 p. 100; lésions de la vessie (4 guérisons primitives, 1 occlusion ultérieure de la fistule, 2 morts); *b*) fistule urétérale par nécrose, 2 fois; *c*) lésion du gros intestin (guérison spontanée en 4 semaines).

B. Complications des suites opératoires : *a*) Suppuration de la paroi abdominale, 4 fois (en outre, 2 fois échec de la suture en l'absence de suppuration); *b*) abcès du tissu connectif paramétrique, 3 fois; *c*) bronchite, 3 fois. *Pour cette série*, **il n'est pas fait mention de la fréquence de la cystite.**

Relevé de ces mêmes complications dans les autres séries de cas. — A. Lésions : *a*) Blessures involontaires de la vessie, 7 (guérison spontanée, 1; guérison opératoire, 1; 3 morts): en tout, 15 lésions de cet ordre. Fistule par nécrose de la paroi vésicale, 4 (guérison opératoire, 1) : en tout 5; *b*) lésions de l'uretère: directe, 2 fois (guérison par implantation dans la vessie, 1); fistule urétérale, suite de nécrose, 6 fois (guérison par néphrectomie, 1) : en tout, 8; *c*) blessure du gros intestin, 2 (1 guérison); *d*) blessure de gros vaisseaux, 3 fois (artère iliaque externe droite, mort; veine iliaque droite, guérison; veine cave, guérison).

B. Complications des suites opératoires: *a*) **Abcès de la paroi abdominale, 10** (3 morts) : en tout, 14. L'auteur note spécialement **la fréquence de cette complication.** Deux fois la plaie abdominale éclata sans formation d'abcès (guérison par suture secondaire); en tout, 4 fois; *b*) abcès paramétriques (uni ou bilatéraux) : 5 ou 8 fois; *c*) à citer des autres complications : bronchite, pneumonie

et particulièrement **cystites fréquentes** (1), parfois très sévères (cystite gangréneuse dans le cas 79) ; dans 2 cas, pyélite ou pyélonéphrite (en tout, 3 cas).

De la considération de ces faits, il **ressort, qu'en dépit des perfectionnements de la technique et de l'habileté plus grande des opérateurs, les résultats primitifs de l'opération abdominale radicale, si l'on maintient aussi étendues les limites de ses indications, restent toujours très mauvais.**

*
* *

Avant de s'occuper des résultats définitifs, l'auteur donne un bref aperçu des cas dans lesquels, parmi les ganglions enlevés, on en trouva de cancéreux, cas qui, à son avis, ont une importance particulière pour l'appréciation des résultats définitifs.

Sur les 33 premiers cas, Kermauner et Laméris trouvèrent 19 fois des ganglions cancéreux ; dans 5 cas il y avait *des inclusions épithéliales et cystiques*, 3 fois à côté d'éléments cancéreux ; dans les 52 autres cas examinés par Kermauner, 26 fois il y avait des ganglions cancéreux ; *des inclusions épithéliales*, 6 fois ; au total, pour ces 85 cas, 52,9 fois p. 100 des ganglions cancéreux.

Dans les 32 derniers cas examinés par Schindler, ganglions cancéreux, 9 fois ; également *des inclusions épithéliales* dans 9 cas.

Des 11 cas de Kermauner avec inclusions épithéliales, il y avait 8 fois association de cancer ; dans les 9 derniers cas, 6 fois.

Dans tous les cas où il y avait des ganglions cancéreux, sauf deux dont les utérus correspondants ne purent être examinés, *les paramétriums étaient aussi cancéreux*.

Résultats définitifs. — Déduction faite des morts post-opératoires (16) et des opérées perdues de vue ultérieurement, 81 cas sont, à ce point de vue, utilisables ; ils furent observés 1-5 années après l'intervention ; de ces 81 femmes, 5 moururent sans qu'il y ait eu constatation de récidive. *L'un d'eux est particulièrement intéressant*, parce qu'à l'autopsie on constata un *cancer du poumon gauche*, affectant la plèvre avec métastases dans les ganglions antéro-médiastins, bronchiques, supra-claviculaires, compression et oblitération de la veine cave supérieure, thrombose de la veine jugulaire et spermatique interne droite. Histologiquement, cancer alvéolaire à cellules cylindriques, issu de la muqueuse bronchique (2).

De ces 81 cas, l'auteur examine d'abord la *première série* de 33 cas (Rosthorn, Kermauner et Laméris) ; ils sont des années 1899 et 1900, à l'exception de 6

(1) Nombre d'opérateurs ont signalé cette fréquence des cystites. On a conseillé des lavages prophylactiques au protargol, à l'acide borique, un procédé de relèvement de la paroi postérieure de la vessie (Krönig), etc.

(2) Il est intéressant de constater que toutes les femmes chez lesquelles on avait trouvé des métastases ganglionnaires, sont, *à l'exception d'une seule*, ou atteintes ou mortes de récidives.

de l'année 1901 ; ce sont donc, à l'exception des 6 derniers, des faits (1) observés pendant 5 ans.

Mortalité *opératoire*, 3 ; mortalité *primitive*, 9,09 p. 100 ; des 33 femmes, 3 sont mortes d'affections autres que l'affection primitive, et 5 furent perdues de vue, en sorte que 22 observations restent pour l'appréciation des résultats définitifs : *a*) *femmes atteintes ou mortes de récidives*, 17 ; *b*) *encore indemnes de récidives*, 5 ; d'où : 1° **récidive**, 72 p. 100 ; 2° guérison **définitive**, 22,7 p. 100.

Comme chiffre de guérison absolue, fixé d'après les principes posés plus haut, on a, avec une **opérabilité** de 46 p. 100, une **mortalité primitive** de 9,09 p. 100 et une *cure définitive* de 22,7 p. 100 ; l'efficacité absolue par rapport à tous les cas qui se présentèrent à la clinique pendant le même temps (1899, 1900, partie de 1901) tombe à 2,65 p. 100 ; par rapport aux seuls cas hospitalisés, à 5 p. 100, et, comme moyenne, à 3,82 p. 100.

Déduction faite des 6 cas de l'année 1901, les chiffres correspondants deviennent : opérabilité, 31,55 (ou 43,3 p. 100) ; mortalité primitive, 7,4 p. 100 ; guérison définitive, 20 p. 100 ; guérison absolue, 2,2 p. 100 (ou 4,16 p. 100 : en moyenne, 3,18 p. 100.

Résultats définitifs (pour le moment) d'après tous les cas opérés jusqu'au 1er janvier 1903, *c'est-à-dire ayant un contrôle de* 2 *à* 5 *ans*, soit 92 cas.

Déduction faite des morts post-opératoires, des femmes perdues de vue et de celles mortes d'affections diverses, restent 59 cas utilisables, qui ont donné : *a*) 35 **récidives** avec déjà 24 décès ; *b*) 24 **cas sans récidives** ; soit, *avec récidives*, 59,32 p. 100 ; *sans récidives*, 40,67 p. 100.

Date de la récidive : 1re année post-opératoire, 21 cas ; 2e année post-opératoire, 3 cas ; 3e année, 3 cas ; 5e année, 3 cas.

Il ressort de ces chiffres que **de beaucoup le plus grand nombre des récidives se produisent au cours de la première année après l'opération.**

Siège de la récidive. — La plupart du temps, récidive locale débutant sur la cicatrice vaginale ou dans le tissu cellulaire pelvien ; dans 2 cas seulement on put constater une récidive exclusivement ganglionnaire ; dans 3 cas, récidive locale et récidive ganglionnaire ; dans un, récidive locale et métastases sur le vagin ; dans un autre, outre la récidive locale, cancer des glandes rétropéritonéales et métastases aux poumons.

A ne prendre que les cas jusqu'au 1er janvier 1902, c'est-à-dire observés de 3 à 5 ans, on a : *a*) récidive 24 fois, soit 61,5 p. 100 ; *b*) sans récidives 15, soit 38,4 p. 100.

Pourcentage de la guérison absolue, établie d'après les principes posés plus haut, on a pour les cas jusqu'en 1903 : avec une opérabilité de 33,87 p. 100 (ou 50,33 p. 100), avec une mortalité de 15,21 p. 100, et avec une guérison définitive de 40,67 p. 100, un pourcentage de guérison absolue de 6,6 p. 100 (ou 10,8 p. 100) ; en moyenne 8,7 p. 100.

(1) Knauer a cité 7 cas de mort par cancer, où il n'y avait eu ni récidive locale, ni récidive à point de départ ganglionnaire. Au Congrès de Rome, Jayle a communiqué un cas de cancer **primitif** de l'ovaire, développé 5 mois après opération d'un cancer de l'utérus.

Pour les cas jusqu'en 1902 : opérabilité, 34,14 p. 100 (ou 51,37 p. 100); mortalité, 17,18 p. 100; guérison définitive, 38,4 p. 100; pourcentage de la guérison absolue, 5,5 p. 100 (ou 9,3 p. 100); en moyenne, 7 p. 100.

Quant aux cas qui vont du 1er janvier 1903 au 1er juin 1904, ils ne peuvent être utilisés au point de vue du chiffre de la guérison définitive; par contre, ils ont leur valeur par rapport aux résultats primitifs et aux récidives déjà survenues.

Durant cette période (1er janvier 1903 à 1er juin 1904), 150 femmes se présentèrent à l'hôpital, dont 110 furent admises. De ces 110, purent être soumises à une opération radicale, 47 : *a*) opération abdominale, 25 ; *b*) vaginale, 22 ;

a') Durant l'année 1904, opérations abdominales, 22; vaginales, 9
b') — 1904, — 3; — 13

soit une *mortalité totale* de 29,9 p. 100 ou 42,72 p. 100, à ne considérer que les femmes hospitalisées.

Sur les 25 opérées par voie abdominale, 2 morts opératoires = 8 p. 100.

Complications et lésions secondaires. — *a*) Blessure de la vessie, 2 (1 guérison par opération) ; *b*) nécrose de l'uretère, 1 (guérison par néphrectomie) ; *c*) fistule rectale (non guérie) ; *d*) abcès de la paroi abdominale, 3 ; *e*) abcès paramétrique ; *d*) **cystites**, 16 (souvent très sévères).

Ganglions cancéreux constatés 8 fois ; inclusions épithéliales, 9 ; 1 fois, association de cancer et de tuberculose.

Récidives. — A ce point de vue, des 25 cas, 17 sont seulement utilisables (déduction étant faite des modes opératoires, des cas perdus de vue, etc.) ; ils donnent : récidive, 4 = 23,52 p. 100, sans récidive jusqu'ici = 76,4 p. 100 ; au total, *pour une période de* 1 *à* 2 *ans*, *récidive dans presque un quart des cas.*

A considérer les résultats donnés jusqu'ici par l'opération radicale de Freund-Wertheim, force est d'avouer qu'ils laissent beaucoup à désirer si l'on songe **qu'après trois années d'observation, plus de la moitié des opérées sont ou atteintes ou mortes de récidives, et que des opérées des deux premières années, le quart seulement restent bien portantes.** Il est néanmoins à remarquer que les 25 dernières opérations n'ont donné que 2 morts opératoires = 8 p. 100, alors que la mortalité primitive antérieure était montée jusqu'à 17,18 p. 100.

Valeur curative de l'extirpation des ganglions. — De l'analyse des constatations faites sur cette question importante par d'autres chirurgiens et à la clinique de Grätz, Schinder formule les conclusions suivantes : 1° D'après l'opinion générale, la dégénérescence cancéreuse des ganglions ne se produirait que dans 33 p. 100 des cas ; 2° au point de vue technique, il y a impossibilité à enlever tous les ganglions avec leurs vaisseaux lymphatiques, ce qui, de par les constatations anatomiques, serait indispensable, si l'opération, en fait, devait être radicale, puisqu'on sait aujourd'hui que des ganglions petits, à peine perceptibles, peuvent être cancéreux, alors que des ganglions indurés, hypertrophiques, ne le sont pas ; 3° les résultats obtenus jusqu'ici plaident plutôt contre l'extirpation des ganglions.

Toutefois, il serait prématuré, ajoute l'auteur, de formuler un jugement

définitif sur ce point. Et semblable réserve doit être portée relativement à l'exérèse du tissu conjonctif paramétrique et pelvien, que Wertheim, Mackenrodt, Bumm, Döderlein tiennent pour au moins aussi utile que l'extirpation des ganglions.

Sous le rapport **des indications opératoires**, indépendamment de l'état d'infiltration des paramétriums, on tient beaucoup compte, à la clinique de Grätz, des *rapports du cancer avec la vessie*, spécialement avec la paroi vésicale (cystoscopie, narcose, etc.). Le cancer l'a-t-il atteinte de façon notable, au point qu'un décollement paraîtrait irréalisable sans déchirure, en principe toute opération radicale est écartée. On obtient dans ces conditions d'aussi bons résultats par un curettage étendu et la cautérisation, et sans danger de produire une fistule vésico-vaginale.

On intervient par l'abdomen surtout dans les cas où des processus complexes créent dans le petit bassin des conditions anatomiques telles que l'extirpation vaginale est, techniquement, inexécutable ou qu'il est impossible d'enlever l'utérus sans le fragmenter. Également dans les cas de cancers du col infiltrants, avancés, difficilement accessibles par le vagin, où l'on peut soupçonner une forte participation de l'appareil lymphatique correspondant, et quand on a encore quelque raison d'escompter la guérison, au prix d'une libération de la vessie et d'une partie du paramétrium, cas qui sont à l'extrême limite de l'opérabilité. Encore dans ces formes rares, particulièrement malignes, de cancer de la portion vaginale du col chez des sujets jeunes, cancers qui, comme on le sait, se compliquent de bonne heure de métastases ganglionnaires, ainsi que dans les cas de cancer associé à la grossesse, au puerpérium.

Mais tous les autres cas sont opérés suivant la méthode de Schuchardt, combinée avec l'extirpation au fer rouge, conformément à la proposition faite par Knauer. R. L.

Résultats des opérations abdominales du cancer de la matrice (Ergebnisse der abdominallen Radicaloperation des Gebärmutterkrebses). G. Brunet(1), *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 3, p. 632.

L'auteur a voulu, d'abord, solutionner cette question essentielle : Comment réagissent paramétriums et ganglions aux différents stades du cancer de la matrice, c'est-à-dire *à quel degré d'extension du cancer dans l'organe primitivement atteint se font les métastases*? Et pour cette solution il utilise les observations de quatre cliniques : *a*) Rosthorn-Kermauner, 33 cas ; *b*) Krönig-Pankow, 70 cas ; *c*) Wertheim-Kundrat, 80 cas ; *d*) Mackenrodt-Brunet, 70 cas, soit 253 cas, qui se répartissent, d'après le moment de leur évolution, en : *groupe* 1 : cancer *au début*, 27 ; *groupe* 2 : cancer *peu avancé*, 28 ; *groupe* 3, cancer moyennement *avancé*, 77 ; *groupe* 4 : cancer *avancé*, 77 ; *d*) *groupe* 5 : cancer *inopérable*, 43. Restait : *e*) 2 cas de cancer du corps, qu'on écarta systématiquement.

Donc 251 cas, et de ceux-ci 132 seulement qui restaient, macroscopiquement au moins, limités à l'utérus. Or, des examens histologiques, il ressort,

(1) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1905, p. 388.

qu'avec une opérabilité de 50 p. 100, on trouva des métastases dans les ganglions lymphatiques, 44 fois p. 100. Wertheim qui, au début, s'efforçait d'enlever tous les ganglions accessibles, a observé que la plupart des cas dans lesquels des ganglions cancéreux avaient été trouvés, étaient ultérieurement suivis de récidive. Par contre, les résultats de Mackenrodt sont meilleurs. De nos opérées chez lesquellesdes ganglions cancéreux furent trouvés, restent indemnes de récidive :

4 à 5 ans, 1 femme du groupe 4.
2 à 4 ans, 3 (1 du groupe 2 et 2 du groupe 4).
2 à 3 ans, 7 (2 — et 5 —).

« Dans cette question, notre appréciation est celle-ci : Bien que convaincus que nous ne pouvons pas toujours extirper tous les ganglions régionaux, nous ne comprenons pas pourquoi, dans 100 cas opérables, nous laisserions 44 fois des ganglions cancéreux accessibles dont l'exérèse ne constitue pas une complication notable de l'opération. »

Au point de vue clinique, l'examen soigneux des observations démontre : 1° *que presque chez la moitié des femmes qui, dans le délai de 4 semaines après l'apparition des premiers symptômes, se présentèrent pour être opérées, le cancer avait déjà dépassé les limites de l'utérus ;* 2° *qu'après* 6 *mois, ces mêmes limites avaient été dépassées dans les deux tiers des cas et que, déjà,* 40 *p.* 100 *des cas étaient injusticiables des opérations les plus radicales, les plus amplifiées.*

Des mêmes examens histologiques, il ressort — fait d'ailleurs déjà établi — qu'avant l'opération il est impossible de conclure des signes cliniques à la participation ou à la non-participation des paramétriums au processus cancéreux. Pankow a, dans 80 p. 100 des cas, trouvé contradiction entre la clinique et l'anatomie pathologique ; toutefois, contrairement au pessimisme d'autres chirurgiens, il dit avec raison : « ... Une fois pour toutes, *l'infiltration du paramétrium ne doit pas être jugée un critérium de la gravité de la maladie, mais seulement un signe de la difficulté de l'opération nécessaire.* »

Conclusion. — Il faut dans tous les cas de cancer de la portion inférieure de la matrice, et autant que la chose est techniquement faisable, enlever avec l'utérus le tiers supérieur du vagin, le tissu cellulaire paramétrique et paravaginal (Parametrien, Parakolpien) et les ganglions régionaux. Et pour cette intervention, la meilleure voie est l'abdominale.

Mortalité primitive. —	1er groupe,	27 cas,	2 *morts ;*	mortalité	7,4	p. 100.
—	2e —	28 —	3 —	—	10,7	—
—	3e —	77 —	13 —	—	16,8	—
Mortalité moyenne primitive.					11,6	p. 100.

Avec une *opérabilité moyenne* pour les 132 cas des 3 premiers groupes, de 35 p. 100.

Or, pour une *opérabilité comparable* de l'hystérectomie vaginale totale, on trouve pour cette opération une *mortalité primitive* de 9 p. 100. Comme on le voit, les deux chiffres s'écartent peu l'un de l'autre.

Quant à la *mortalité primitive* de l'opération abdominale pour les cas du 4e groupe (cancers avancés), elle atteint 18,4 p. 100.

En ce qui concerne les *résultats définitifs*, l'examen des chiffres montre: 1° que de 12 cas opérés en 1901 (opération radicale et extirpation ignée), 7, c'est-à-dire 58 p. 100 des opérées, vivent indemnes de récidives depuis 4 à 5 ans; 2° que des femmes opérées en 1902 (méthode de Mackenrodt), avec une opérabilité de 90 p. 100, 11 sur 22, soit 50 p. 100, restent depuis plus de 3 ans indemnes de récidives. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Principes d'une biologie du placenta humain, avec considérations particulières sur la question de la nutrition fœtale (Grundzüge der Biologie der menschlichen Plazenta mit besonderer Beruchsichtigung der Fragen der fœtalen Ernährung). J. HOFBAUER, 1905.

Établir la base d'une biologie du placenta humain et jeter quelque lumière sur les processus encore obscurs qui président à la nutrition du fœtus, c'est ce après quoi s'est efforcé l'auteur. Tout d'abord, il convient de rejeter définitivement l'idée d'un placenta « simple filtre ou crible sélectionneur » en quelque sorte. Le placenta est le siège de phénomènes beaucoup plus complexes, dans lesquels intervient, outre des affinités chimiques et physiques, une activité propre à ses éléments cellulaires. Pour cette étude, comme pour bien d'autres, il faut faire concourir, s'entr'aider, plusieurs branches de la science: obstétrique scientifique, embryologie, physiologie, biochimie, etc. Ainsi certaines questions, développement des membranes de l'œuf, accroissement du fœtus, rapports entre la mère et le fœtus, sont comme des points qui relient l'embryologie pure à l'obstétricie scientifique. Et pour étudier la physiologie et les phénomènes de biochimie spéciaux au placenta, *organe d'assimilation*, l'auteur n'a pas eu à innover des méthodes; il a utilisé celles qui ont déjà servi pour de semblables recherches par rapport à l'intestin, *autre organe essentiellement assimilateur*. Hofbauer signale encore les investigations auxquelles a donné lieu la question des « ferments du placenta ». Il termine sa préface en rappelant une formule de Bunge : « Dans l'activité, là gît le secret de la vie. »

Cette monographie intéressante, conçue dans l'esprit scientifique que nous venons d'indiquer, comprend les divisions suivantes : 1° *aperçu historique*; 2° *histologie* avec ses deux subdivisions principales : *a*) épithélium des villosités, *b*) corps des villosités ; 3° *biochimie*, chapitre le plus développé : *a'*) fonctions assimilatrices, *b'*) excrétion (sécrétion interne), *c'*) nutrition du tissu villeux; 4° *biophysique*, phénomènes de mouvement et d'accroissement au niveau des villosités. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

DE L'INSÉCURITÉ DU CURETTAGE INSTRUMENTAL

DANS LA RÉTENTION PLACENTAIRE POST-ABORTUM (1)

Par **G. LEPAGE**, professeur agrégé, accoucheur de la Pitié.

L'accord est à peu près fait parmi les accoucheurs sur la conduite à tenir dans les cas de rétention partielle ou complète du placenta à la suite d'un avortement. Lorsqu'il existe de la température, ou lorsque survient un écoulement sanguin persistant ou très abondant, tous les accoucheurs sont d'avis qu'en pareil cas il faut évacuer la cavité utérine du placenta qu'elle contient. Lorsque la rétention placentaire existe sans incident, la conduite à tenir diffère un peu : les uns interviennent dans les 24 ou 36 heures qui suivent l'expulsion de l'embryon; les autres, peu nombreux à l'heure actuelle, attendent plus longtemps que l'expulsion spontanée du placenta se produise et n'interviennent qu'en cas de complication.

Nous ne voulons pas entrer dans la discussion de ces indications, qui varient d'ailleurs un peu suivant les conditions dans lesquelles s'est produite l'expulsion prématurée du produit de conception et suivant les conditions sociales dans lesquelles se trouve la femme : la conduite peut différer suivant que la femme peut se reposer, être surveillée de près, ou suivant qu'au contraire elle a besoin de travailler et ne peut se soumettre à la lente méthode de l'expectation armée.

Si l'accord est à peu près fait — sauf quelques variantes — sur les indications opératoires, il est moins complet sur la manière de procéder à l'évacuation de l'utérus.

Les uns préfèrent se servir de la curette, qui leur donne de si bons résultats lorsqu'il existe des accidents fébriles.

Les autres redoutent plus ou moins l'emploi de cet instrument métallique et conseillent de pratiquer le curage digital, c'est-à-dire — après avoir dilaté artificiellement le canal cervical — d'aller avec les doigts

(1) Communication faite à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, séance du 14 mai 1906.

décoller le tissu placentaire, adhérent ou non à la paroi utérine. Voyons les principales raisons invoquées de part et d'autre.

A. — Les arguments invoqués en faveur de la curette sont les suivants :

1° La curette permet de pénétrer beaucoup plus facilement que les doigts dans la cavité utérine, ce qui est important lorsque l'avortement s'est produit au cours du deuxième mois de la grossesse, alors que la cavité utérine n'est pas encore très augmentée de capacité et alors surtout que le canal cervical ne se laisse pas facilement traverser par le doigt. Lorsqu'on a bien l'habitude de se servir de la curette, on peut en toute sécurité, et en y mettant le temps, gratter suffisamment la paroi utérine pour qu'il ne reste pour ainsi dire plus de tissu placentaire ;

2° La curette présente en outre le grand avantage, dans les cas de putréfaction intra-utérine, d'éviter la contamination des doigts, qui, dans certains cas, peut être un danger pour d'autres femmes soignées par l'opérateur, ou même un danger pour l'opérateur lui-même. Est-il besoin de rappeler ici le récit, fait par le professeur Poncet, de la mort d'un accoucheur lyonnais, le docteur Blanc, qui succomba aux suites d'un abcès de l'aisselle consécutif à une lymphangite septique du doigt contractée au cours d'un curage digital ?

B. — Les deux reproches principaux adressés à la curette sont les suivants :

1° C'est un instrument dangereux qui, s'il est manié par une main malhabile, peut perforer la paroi utérine. On rencontre, en effet, dans la littérature obstétricale, un certain nombre de cas de perforation de l'utérus survenue dans ces conditions ;

2° C'est un instrument aveugle, qui ne permet pas de nettoyer d'une façon complète la cavité utérine, et qui expose à laisser dans l'utérus du tissu placentaire en plus ou moins grande quantité.

Le professeur Pinard juge ces deux objections suffisantes pour rejeter systématiquement l'emploi de la curette et pour recourir dans tous les cas au curage fait avec les doigts. C'est une conduite un peu analogue que conseille le professeur Budin, qui préfère à la curette le doigt, qui seul permet de se rendre compte de ce qui existe dans l'intérieur de la cavité utérine.

Des deux raisons invoquées contre la curette, c'est surtout la seconde qui me paraît la plus importante. Je crois en effet que, si la curette est maniée prudemment à travers un canal cervical rendu suffisamment per-

méable, les dangers de perforation de l'utérus sont pour ainsi dire nuls, pour peu qu'on ait l'habitude de se servir de la curette.

C'est parce que je considérais les craintes de perforation comme un peu exagérées que, pendant longtemps, j'ai eu recours à la curette, dans les cas où l'évacuation de l'utérus avec les doigts me paraissait difficile, ou mieux dans les cas où la pénétration du doigt dans la cavité utérine me paraissait pénible, ou bien lorsque je craignais de contaminer mes doigts introduits dans un utérus septique. J'ai, à l'heure actuelle, presque complètement renoncé à l'usage de la curette *seule*, non contrôlée par le doigt, parce que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs cas dans lesquels du placenta est resté dans la cavité utérine à la suite d'un curettage instrumental.

Obs. I. — En août 1894, je fus appelé auprès d'une jeune femme secondipare, qui avait fait, une quinzaine de jours auparavant, un avortement de quatre mois environ. Je trouvai cette femme dans un état des plus graves : la face et les muqueuses décolorées, le pouls battant à 130, bien que la température ne s'élevât guère qu'à 37°,5. Comme elle avait présenté des écoulements sanguins assez abondants et de l'élévation de température, un gynécologue appelé par le médecin traitant lui avait pratiqué, à 5 jours d'intervalle, deux curettages instrumentaux.

En examinant cette femme, je me rendis compte que la délivrance devait être sûrement incomplète, en raison du volume de l'utérus qui dépassait notablement la symphyse et était augmenté dans ses diamètres transverses, et en raison des sécrétions fétides qui s'écoulaient par le col encore entr'ouvert.

L'état général de la femme était si grave, que je voulus d'abord la remonter à l'aide d'injections de sérum, et je ne consentis à intervenir que 24 heures après. Je pus avec les doigts extraire une masse placentaire considérable, qui représentait certainement plus des trois quarts du placenta.

Malgré les injections de sérum artificiel et les injections de sérum de Marmorek, la femme succomba 48 heures après cette délivrance tardive.

Obs. II. — Le 8 novembre 1894, je fus appelé auprès d'une jeune femme multipare ayant fait, dix jours auparavant, un avortement incomplet de 2 mois et demi environ ; l'embryon avait été seul expulsé et il n'était sorti, les jours suivants, que des débris de caduque. Depuis trois jours la température s'était élevée et elle était, le 8 au soir, de 38°,5.

Cette dame habitant la province, je n'arrivai auprès d'elle que vers minuit. L'utérus n'était pas très augmenté de volume, le canal cervical était revenu sur lui-même. La femme fut soumise à l'anesthésie chloroformique, mais le chloroforme mal administré ne permit pas une résolution complète et empêcha l'introduction des doigts dans la cavité utérine. Je fis un curettage instrumental et eus la sensation d'obtenir sur toute la surface interne de la matrice le cri

utérin. Il ne s'écoula pas une grande quantité de sang; un tamponnement fut pratiqué avec de la gaze dans la cavité utérine. La journée du 9 ne fut pas très bonne : température 39°, pouls fréquent, vomissements, dus probablement au chloroforme. Le 10, état général un peu meilleur, température rectale 38°,5. Muguet sur la langue et le voile du palais. On fit des injections intra-utérines les jours suivants. Six jours après le curettage, alors que la fièvre persistait un peu moins élevée, la femme expulsait la masse placentaire, dure, arrondie, ayant la forme d'une bille de billard, irrégulière, sans qu'il se produisit un écoulement sanguin notable. A partir de ce moment, la température revint peu à peu à la normale.

Il est probable que dans ce cas la curette ne fit que racler la surface interne de l'utérus sans toucher au placenta, décollé et roulant dans la cavité utérine comme la bille de métal mobile dans le grelot sphérique qui le contient.

Obs. III. — En 1901, je fus appelé auprès d'une de mes clientes, tertipare, enceinte de trois mois environ et perdant du sang. 24 heures après, cette dame expulsait un embryon vivant. On se contenta de faire des injections vaginales et de pratiquer l'expectation antiseptique.

Au bout de 8 jours, la température s'élevait, en même temps que survenait un écoulement sanguin assez abondant.

Je me décidai à pratiquer le curettage, et je pénétrai assez facilement dans la cavité utérine, après dilatation avec des bougies de Hégar; il me sembla avec la curette gratter la surface interne de l'utérus; des débris de caduque et de villosités sont ramenés avec la curette. Il se produit à un moment donné un écoulement sanguin très abondant. Craignant d'avoir gratté d'un peu trop près la surface interne de l'utérus, je fais une injection intra-utérine chaude et pratique le tamponnement intra-utérin, croyant que le placenta avait été expulsé en grande partie les jours précédents.

Le lendemain matin à 6 heures, la garde qui était auprès de la malade me fait demander, en disant que la femme a beaucoup souffert toute la nuit, qu'elle perd du sang et qu'elle a des tendances syncopales. Très effrayé par ces nouvelles, je me rends auprès de la malade, en me demandant si, par hasard, la curette n'a pas perforé l'utérus. Je suis vite rassuré, bien que désagréablement surpris, en constatant que la femme souffrait d'une manière régulière toutes les deux minutes. Je la fais mettre en travers du lit, retire le tampon imbibé de sang et trouve le placenta presque en entier au-dessous de l'orifice cervical.

Il est évident que, dans ce cas, il eût été possible de pratiquer le curage digital : on aurait ainsi évité de laisser presque tout le placenta dans la cavité utérine. Ce qui contribua à induire l'opérateur en erreur et à le faire s'abstenir du curage digital, c'est l'écoulement sanguin abon-

dant qui s'est produit à un moment donné pendant l'intervention instrumentale et qui était dû au décollement du placenta avec la curette. Il eût fallu, à ce moment, pénétrer avec les doigts dans la cavité utérine et rechercher s'il ne restait pas de débris placentaires.

Obs. IV (publiée dans la thèse de Séjournet, 1906). — X..., 38 ans, ménagère, entre à la Maternité de la Pitié, le 2 décembre 1905.

Réglée à 15 ans irrégulièrement, a déjà eu quatre grossesses : les quatre enfants sont vivants.

Dernières règles, du 13 au 20 septembre 1905.

Cette femme, en arrivant, se plaint de douleurs et de pertes sanguines qui durent depuis six jours et augmentent chaque jour.

4 décembre. — Les douleurs augmentent; à 4 heures du soir, expulsion spontanée d'un embryon de 17 centimètres.

A 5 heures du soir, 50 centigrammes de sulfate de quinine, qui ne provoquent pas de contraction utérine.

Dans la nuit, petite hémorragie et expulsion de caillots, pas de débris placentaires.

5. — M. Lepage examine la malade et constate que l'utérus est encore gros.

6. — 3 heures du soir, l'interne fait un curettage sous chloroforme, il retire quelques caillots, mais pas de placenta.

Bon état, pas de perte de sang.

7. — L'interne retire le tamponnement utérin et trouve des caillots accumulés derrière ce tamponnement.

8. — Un peu de sang filtre à travers la nouvelle mèche.

A 7 heures du soir, perte assez abondante.

L'interne du service fait un toucher intra-utérin, mais ne sent rien. La femme perd toujours un peu; l'interne fait un nouveau curettage sous chloroforme et ne ramène que des caillots.

9. — Pouls à 140. M. Lepage fait donner du chloroforme à la malade, dilate le col à l'aide de bougies de Hégar et fait un curettage rapide qui ne ramène que quelques débris placentaires, dont la quantité est insuffisante pour expliquer l'écoulement sanguin continu des jours précédents. L'état général de cette femme est suffisamment grave pour qu'on s'assure que l'utérus ne renferme plus de placenta.

M. Lepage introduit alors deux doigts dans l'utérus et sent, au fond de la cavité utérine, du placenta que la curette n'avait pas détaché. Le placenta est en effet très adhérent et n'est décollé que par morceaux.

Poids du placenta ainsi retiré : 50 grammes.

Injection intra-utérine, écouvillonnage à l'eau oxygénée.

1.500 grammes de sérum artificiel en 3 fois.

La femme sort en bon état le 20 décembre.

L'état de cette femme était assez sérieux, en raison des hémorragies répétées

qui l'avaient profondément anémiée : c'est le curage digital seul qui a permis d'évacuer d'une manière complète l'utérus.

C'est cette récente observation qui m'a invité à vous entretenir de ces faits ; j'ai prié mon élève M. Goilot de prendre ce sujet pour sa thèse inaugurale, et je l'ai engagé à rechercher et à rassembler les faits analogues qui se trouvent dans la littérature obstétricale ; en voici quelques-uns.

Obs. V (publiée dans la thèse de Wintrebert, 1898). — La malade X..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 7 mars 1893. Elle a fait deux avortements antérieurs. La malade raconte avoir pratiqué des manœuvres abortives. Si l'on en croit son dire, elle aurait perdu les eaux depuis quatre jours. Les forces sont conservées, l'état général satisfaisant. Le bassin est normal, le col dilatable comme une pièce de deux francs, les membranes sont rompues, le liquide amniotique est fétide. La température est à 38°,4. Injections chaudes antiseptiques. L'état reste stationnaire pendant deux jours ; la température oscille autour de 38°, les urines ne contiennent pas d'albumine. Dans la nuit du 9 au 10 mars, c'est-à-dire six jours après l'écoulement du liquide amniotique, à 2 heures du matin, la femme expulse un fœtus macéré de cinq mois ; le placenta ne se décolle pas et est laissé dans l'utérus. Injection intra-utérine.

10 *mars*. — A la visite du matin, délivrance artificielle par M. Bouilly, au moyen *de la curette*. Injection intra-utérine, la température retombe à la normale.

10 au 11. — La malade va bien.

11. — Au soir, la température remonte à 39°.

12. — La température atteint 40°, l'état général s'altère, le pouls est à 112, la bouche devient fuligineuse, pas d'albumine. Injection intra-utérine, sulfate de quinine.

12 au 17. — Etat stationnaire ; on fait toutes les quatre heures des injections intra-utérines de permanganate.

La température restant élevée malgré les injections, le docteur Bouilly pratique l'hystérectomie vaginale le samedi 17 mars, à 4 heures du soir.

L'opération ne présente rien d'anormal, les hémorragies sont toutefois un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Pendant l'opération, on a pu s'assurer de l'intégrité du péritoine du petit bassin. L'utérus gros, ramolli, se déchire facilement ; il présente un aspect grisâtre, sanieux et horriblement fétide ; il reste encore des *lambeaux de placenta sphacélé* (malgré un curettage fait par le docteur Bouilly lui-même) et extrêmement adhérent au tissu utérin.

Obs. VI (in thèse Lucas, Paris, 1896, p. 47). — X..., ménagère, entre le 7 juillet à la Maternité de Lariboisière. C'est une femme bien portante qui n'a jamais fait de maladies sérieuses. Elle ne présente pas de trace de syphilis.

Elle a fait une première grossesse en 1887, qui s'est terminée régulièrement.

Depuis, elle est devenue plusieurs fois enceinte des œuvres d'un second mari, nettement spécifique, et a accouché en 1890 d'un enfant mort-né; en 1891, d'un enfant mort-né ; en 1892 d'une fille actuellement bien portante.

En juin 1895, elle vient à la consultation externe : on constate des signes d'une grossesse non douteuse de trois mois environ. Elle revient le 7 juillet, se plaignant de fortes douleurs de ventre. Elle a perdu la veille un peu de sang, *sans caillots*. Le col est long, ramolli et perméable à l'orifice externe à un seul doigt. L'orifice interne est fermé. L'utérus remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'y a pas de mouvements actifs. Auscultation négative. Il est difficile de savoir si l'avortement a eu lieu : la femme affirme qu'elle n'a rien expulsé. On prescrit un lavement laudanisé, qui diminue les douleurs, mais néanmoins la femme perd continuellement du sang, mais en petite quantité. La température est normale.

8 *juillet*. — Le col est entr'ouvert, le doigt ramène des débris très fétides ; le thermomètre est monté dans la matinée à 38°,2, mais il n'y a pas eu de frisson, le ventre est douloureux. Le diagnostic est hésitant entre la rétention d'un fœtus ou d'un placenta putréfié. On introduit un ballon Champetier, petit modèle, qui est expulsé le lendemain matin.

9. — Température : 39°,6. La dilatation étant suffisante, on pratique le *curettage*. L'instrument ne ramène que des débris placentaires très fétides. On fait à la suite un grand lavage utérin au sublimé et un tamponnement à la gaze iodoformée.

10. — La température du matin et du soir est de 38°. On fait deux injections intra-utérines.

11. — On trouve dans le vagin un *morceau assez volumineux de placenta que la curette avait respecté*. (On n'avait point fait, contre l'habitude, de curettage digital). A partir de ce moment, la température descend définitivement à la normale.

Obs. VII (Chirat, Thèse de Lyon, 1897). — Mme X..., 27 ans, entre dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 26 novembre 1894.

Cette dame avait un retard de cinquante jours lorsqu'elle se mit à perdre du sang avec caillots et coliques utérines. On ne sait au juste ce qui a été expulsé lors de l'entrée de la malade, il y a deux mois et demi que ceci s'est passé ; depuis, à plusieurs reprises, elle a eu des pertes et des douleurs expulsives.

A son entrée, elle a des métrorrhagies assez abondantes, survenant tous les deux ou trois jours. Un peu d'état général, frisson et fièvre. Quelques caillots dans le vagin. Col entr'ouvert, la cavité utérine mesure 9 centimètres.

Le 28 novembre on fait un *curettage*, et dans les parties extraites on reconnaît des débris macérés de fœtus et de placenta.

Cependant la malade, malgré un curettage, continue à perdre assez abondamment pendant deux ou trois jours. On l'examine de nouveau, et cette fois on fait un toucher intra-utérin. On sent une petite masse pédiculée qui, extraite,

se trouve être *un pied de fœtus qui avait échappé au curettage.* On s'assure alors par le toucher qu'il n'existe plus rien dans l'utérus et l'on fait un pansement.

Cessation de l'hémorragie. Suites simples.

Obs. VIII (Denis, Thèse de Lyon, 1896). — Mme X..., âgée de 28 ans, entre à la salle Sainte-Thérèse, le 29 avril 1896. Elle est pâle, d'aspect peu robuste : deux de ses sœurs sont mortes phtisiques. Elle a eu une couche il y a deux ans et demi. Elle a toujours été réglée bien régulièrement, mais depuis ses dernières couches, ses règles sont douloureuses. Depuis trois mois, après un retard de trois semaines, la malade a eu des pertes rouges très abondantes, à peu près continuellement, et, depuis huit jours, des caillots volumineux. Pas de signes fonctionnels de grossesse, pas de vomissements. Ses seins ont le volume ordinaire, mais les tubercules de Montgomery sont gros; cependant la malade ne trouve aucun changement de ce côté. Il y a deux mois, elle a été examinée en ville par un professeur de la Faculté, qui, à ce moment-là, a conseillé un curettage. Actuellement, l'utérus est gros, il mesure 14 centimètres. Au toucher, le col est mou et entr'ouvert légèrement. M. Laroyenne, en raison de la durée et de l'abondance des hémorragies, fait le diagnostic d'avortement et pense qu'il y a un défaut d'involution utérine post-partum symptomatique d'un mauvais état général, et, en raison des pertes abondantes de la malade, propose un *curettage.* L'opération est pratiquée par lui-même. Le col est mou et l'introduction d'une curette est facile sans dilatation préalable du col. Pendant *cinq minutes* on promène dans la cavité utérine une curette tranchante de Sims sans ramener de fongosités. L'hémorragie devenant plus abondante, on allait faire un tamponnement utérin quand apparaît à la vulve un cordon ombilical.

Dilatation du col utérin et délivrance immédiate avec introduction d'un doigt. *On ramène un fœtus de trois mois et demi environ avec son placenta.*

Ces deux observations rappellent un fait déjà ancien rapporté par Mosès (*Med. Record*, 1894) : après qu'on eut bien raclé la cavité utérine, après l'avoir cautérisée avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir « un fœtus sans jambes de 6 à 7 centimètres, qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était resté dans la cavité utérine ».

L'observation suivante, qui ne rentre pas, à vrai dire, dans le cadre des faits qui nous occupent, montre cependant que la curette ne permet pas de se rendre compte de ce qu'il peut rester dans la cavité utérine après qu'elle a été promenée dans la matrice.

Obs. IX (Obs. du docteur Dayot (de Rennes) : rapport fait par le docteur Picqué à la Société de chirurgie, séance du 10 mai 1893). — Mme X..., jeune

femme très nerveuse, est prise de vomissements qui, au troisième mois environ de sa grossesse, deviennent incoercibles.

État d'anémie très prononcé, syncopes répétées et prolongées.

Le docteur Dayot appelé en consultation propose l'avortement. « Il pratiqua tout d'abord le cathétérisme utérin; l'instrument pénétra profondément et l'on put croire que l'œuf avait été ponctionné, l'avortement ne s'effectua pas. » Les vomissements s'arrêtèrent pendant quelques jours, mais ils reprirent bientôt avec une grande intensité.

Le docteur Dayot se décide alors à pratiquer un *curettage* après dilatation. Les vomissements incoercibles qui menaçaient la vie de la malade s'arrêtèrent, mais le *curettage ne fut pas complet*, puisque la grossesse, qui datait de trois mois, *suivit son cours* et que la femme accoucha d'un enfant vivant dans les délais normaux.

Cette observation peut être rapprochée d'un cas analogue que nous eûmes l'occasion de voir en 1892 à la Clinique Baudelocque : une femme présentant des métrorrhagies un peu continues et rebelles au traitement habituel, fut curettée à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Marchand, qui méconnut la grossesse. Six mois après, cette femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

S'il est impossible de nier la réalité de ces faits — sinon malheureux du moins malencontreux — on peut discuter les conclusions qu'il en faut tirer, et je vais au-devant des objections que peuvent faire les partisans « quand même » de la curette.

Si l'instrument laisse dans la cavité utérine une partie ou la totalité du placenta, c'est qu'il est manié par une main inexpérimentée ou malhabile, c'est qu'une faute a été commise dans la technique opératoire. Si la modestie m'empêche de m'élever contre cette affirmation en ce qui me concerne, je ne puis l'accepter pour des opérateurs comme Bouilly et Laroyenne. Je crois même pouvoir ajouter qu'ayant une certaine habitude de la curette, il est probable que nombre d'opérateurs n'ont pas une dextérité beaucoup plus grande que la mienne pour décoller avec la curette des cotylédons placentaires greffés dans un utérus de quatre mois.

Les partisans de la curette peuvent également objecter que toute méthode thérapeutique, fût-elle opératoire, peut échouer dans certaines conditions données et qu'on peut relever au passif du *curage digital* l'oubli dans la cavité utérine de cotylédons placentaires; les deux observations suivantes viennent à l'appui de cette manière de voir.

Obs. X. — B. Penrose (*American Journ. of Obstetrics*, 1896, I, p. 673-681) rapporte l'observation d'une femme qui, à 3 mois et demi de grossesse, est

opérée d'une appendicite aiguë. — 19 jours après l'opération, avortement. Le chirurgien de l'hôpital enlève avec le doigt le placenta adhérent. Trois jours après, la température monte le soir à 104° [4] F. B. Penrose fait un examen digital de l'intérieur de l'utérus et trouve une masse de tissu placentaire. La température restant élevée malgré des injections intra-utérines, Penrose enlève l'utérus par la voie abdominale ; la femme guérit. En examinant l'utérus enlevé, il constate, entre autres lésions, que « la surface interne de l'utérus est irrégulièrement recouverte, çà et là, de portions de tissu placentaire fortement adhérent. A la face antérieure du fond il y avait une masse lacérée de tissu placentaire, tellement adhérente qu'on ne pouvait l'arracher sans endommager le tissu musculaire. »

Obs. XI (in thèse Mouchotte, Paris, 1903, p. 46 et 58, résumée). — Mme X..., 32 ans, couturière à la machine, admise à la Pitié le 11 février 1901, dans le service de M. le docteur Faure.

Antécédents : fièvre typhoïde à 13 ans. Réglée à 13 ans. Les règles n'ont toujours apparu que toutes les six semaines, durant 3 ou 4 jours, n'étant jamais douloureuses. Neuf grossesses, quatre accouchements à terme.

La neuvième grossesse en 1901. Au troisième mois et demi de sa grossesse, cette femme a des douleurs expulsives et des pertes de sang. Le lendemain de ces accidents, elle est reçue à la Pitié.

14 *février*. — Elle fait une fausse couche, suivie de rétention placentaire. M. Vivier pratique un curage digital.

16. — T. m. : 37°,6. L'état général de la femme, malgré le peu d'élévation de la température, indique un *curettage*, qui est pratiqué à 10 heures du matin. La femme est peu résistante, elle est très anémiée, ayant perdu beaucoup de sang.

17. — T. m. : 39°,9. P. : 150. Céphalée. T. s. : 40°. P. : 150. A 7 h. 10, étant donné l'état fébrile, l'inefficacité du curettage, l'anémie grave qui ne semble pas devoir permettre à l'organisme de faire les frais d'une longue résistance à l'infection, M. Faure se décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale. — Guérison.

« L'utérus renfermait un *morceau de placenta fétide enchâtonné dans la corne gauche, que ni le curage ni le curettage n'avaient pu détacher.* »

Dans cette observation — reconstituée après coup — les deux méthodes ont été en échec. Quelques détails intéressants manquent : ainsi on ne sait si les deux interventions (curage et curettage) ont été pratiquées sous anesthésie chloroformique ; ce qui est souvent nécessaire pour arriver à évacuer complètement l'utérus.

L'observation suivante est moins démonstrative comme échec du curage digital ; car, d'après les renseignements que j'ai obtenus, il semble que le premier curage ait été pratiqué d'une manière bien timide.

Obs. XII. — Le docteur Lepage fut appelé, en 1902, auprès d'une femme de 28 ans, ayant eu une première grossesse deux ans auparavant. En 1901, elle fit une fausse couche de 3 mois suivie de rétention placentaire, pour laquelle un chirurgien des hôpitaux pratiqua un curettage.

La malade devint enceinte à nouveau ; elle eut ses dernières règles en janvier 1902. Le 6 mai 1902, sans hémorragie préalable, elle expulse un fœtus de 3 mois et demi à 4 mois. On ne sait pas s'il était vivant. Un médecin, appelé en consultation, pratiqua à ce moment un curage digital et ne retira que quelques débris placentaires. Le médecin traitant qui assistait à l'opération fit remarquer que la quantité de placenta extraite était peu considérable.

Cette femme reperd du sang du 10 au 17 juin, puis elle a une nouvelle hémorragie dans les premiers jours de juillet. Du 15 juillet au 1er août, à diverses reprises, elle perd du liquide sanguinolent. Un certain nombre de pansements intra-utérins lui sont faits par un médecin (cautérisation au chlorure de zinc, badigeonnage de la cavité utérine avec de la teinture d'iode).

Le 6 août, M. Lepage voit la malade en consultation pour la première fois. Elle est pâle et un peu amaigrie. Au palper, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, il est incliné à gauche. Le toucher, combiné au palper, montre un utérus notablement augmenté de volume, surtout au niveau du corps. Il y a lieu de penser, en raison de l'augmentation de volume et de l'écoulement persistant, qu'il reste du placenta dans la cavité utérine. Une intervention est décidée. Elle est pratiquée le 7 août sous chloroforme. On enlève le pansement vaginal qui avait été mis la veille au soir. Il est recouvert d'un caillot très volumineux. La dilatation du col avec les bougies d'Hégar se fait sans difficulté. Cependant, à un moment donné, on sent une sorte de craquement du tissu utérin. La main gauche introduite dans le vagin, l'index pénètre sans difficulté dans la cavité cervicale, mais sent au niveau du canal cervical du tissu cicatriciel et sur la gauche une petite solution de continuité. Le doigt sent dans la cavité utérine du tissu placentaire ayant une consistance fibreuse et inséré sur les faces antérieure et postérieure de la cavité utérine. On arrive à le décoller sans trop de difficulté, sauf sur la paroi postérieure où le tissu placentaire est très adhérent. Il y a un écoulement sanguin assez abondant, qui semble venir surtout de la cavité cervicale.

M. Lepage éprouve les plus grandes difficultés pour extraire ce placenta décollé, en raison de la consistance du tissu et surtout du défaut de souplesse et de perméabilité du canal cervical. Il est obligé à diverses reprises d'introduire des pinces longuettes, des curettes mousses pour extraire le placenta. Il le fragmente avec les doigts et en extrait la plus grande partie. Un petit fragment placentaire ne peut être extrait ou du moins retrouvé dans la cavité utérine.

En raison du traumatisme exercé, il n'est pas pratiqué de curettage instrumental, du reste il n'y a pas d'odeur et on se contente de faire un grand lavage de la cavité. Pansement intra-utérin à la gaze salolée. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Après l'opération la femme est pâle, le pouls est fréquent, 140. Elle se plaint de souffrir un peu du ventre. M. Lepage la revoit à 5 heures du soir. La température a dépassé 39°. Malgré l'application de glace, la femme souffre du ventre d'une façon presque constante. La pression est douloureuse, surtout à gauche.

On enlève les pansements vaginal et intra-utérin. La gaze contenue dans la cavité utérine était à peine teintée de sang, tandis que celle du canal cervical en est imbibée.

L'état général n'est pas satisfaisant, la femme est pâle et obligée de faire des inspirations profondes : elle se plaint de gêne respiratoire.

Dans la nuit, malgré les injections de sérum (700 gr. environ), ces phénomènes de choc et d'angoisse respiratoire augmentent plutôt.

Le 8 au matin M. Lepage revoit la malade, dont l'état est encore plus inquiétant que la veille. Ce sont surtout les phénomènes de dyspnée qui sont accusés. M. Lepage conseille l'injection d'un demi-centigramme de morphine et demande en consultation le docteur Legueu, pour voir s'il ne sera pas nécessaire de pratiquer l'hystérectomie.

Peu de temps après l'injection de morphine, l'état général de la femme s'améliore considérablement et elle respire beaucoup plus facilement. Lorsqu'on la voit à 1 heure en consultation, son état général n'inspire plus d'inquiétude.

Au moment de l'opération M. Lepage a retiré 35 grammes de tissu placentaire.

Cette femme est actuellement enceinte à nouveau, mais la grossesse est incidentée par des écoulements sanguins.

Réflexions. — Cette observation de rétention placentaire prolongée montre que, s'il est mal pratiqué, le curage digital peut aussi vider incomplètement l'utérus ; les accidents observés à la suite du second curage digital font comprendre quel intérêt il y a en pareil cas à ne pas se hâter et à pratiquer la dilatation lente avec un petit ballon Champetier de Ribes, afin de rendre facile l'exploration digitale de la cavité utérine.

En réalité, si le curage digital n'est pas toujours facile à pratiquer, surtout si l'on ne prend pas le temps nécessaire pour dilater avec soin le canal cervical, par contre il expose beaucoup moins que le curettage instrumental à laisser du placenta dans l'utérus. L'index et le médius, ou l'un des deux doigts seulement, permettent d'explorer toute la surface interne de l'utérus et de voir si des cotylédons placentaires restent adhérents à cette paroi, et *a fortiori* si une masse placentaire est libre dans la cavité utérine.

D'ailleurs, dans certains cas exceptionnels, par exemple lorsqu'un

fibrome fait une saillie plus ou moins considérable à l'intérieur de la cavité utérine, la curette ne peut qu'aller à l'aveuglette, n'étant plus guidée par la paroi régulière de l'utérus. Mouchotte, dans sa thèse, a rapporté (p. 50 et 61) une observation fort intéressante à ce point de vue, recueillie dans le service de notre président, M. Ch. Monod.

Il s'agit d'une femme entrée à la Maternité de Saint-Antoine, le 10 mai 1900, pour une fausse couche de 3 mois. A 3 heures du matin, elle avait expulsé en ville son fœtus.

Au toucher, on constate un col long et au-dessus un gros fibrome qui fait hernie dans la cavité utérine. Il existe dans cette cavité un petit diverticule à droite et un grand diverticule à gauche.

Dans le diverticule gauche la curette pénètre facilement : on extrait, outre des caillots, des débris placentaires; écouvillonnage, tamponnement.

11 *mai.* — La température est de 37°. L'intervention est renouvelée : la curette ne peut pénétrer au fond du diverticule à gauche; les écouvillons y pénètrent, mais ne ramènent rien. Tamponnement intra-utérin.

16. — La malade est passée dans le service de M. Monod.

17. — Température : 38°,8. P. : 120. M. Monod pratique une hystérectomie abdominale supra-vaginale. La malade meurt à 6 heures, le 21 mai.

L'utérus enlevé renferme un fibrome intra-utérin, à la surface duquel la muqueuse utérine est absente, enlevée par le curettage précédent. Le fibrome est sphacélé superficiellement; il a une odeur de putréfaction; le volume est celui d'une tête de fœtus à terme. Poids de la pièce : 1.950 grammes.

Toute la cavité utérine est remplie par ce fibrome, sur lequel se moule la paroi; complètement au-dessus de ce fibrome, inaccessible, adhère au fond utérin le placenta en rétention.

Il est évident que, dans ce cas, il était presque matériellement impossible avec la curette d'aller atteindre le placenta situé au-dessus de la tumeur; la figure schématique qui accompagne cette observation (p. 17 de la thèse de Mouchotte) le démontre d'une manière nette. Il est possible que le curage digital, même pratiqué avec la main gauche, n'eût pas permis de passer entre la tumeur et la paroi utérine et d'aller décoller le placenta; mais il est probable que cette exploration, pratiquée plus complètement qu'elle ne semble avoir été faite, eût conduit à une intervention radicale plus hâtive. Du reste, dans un cas un peu analogue, notre collègue et ami Potocki fut assez heureux pour décoller le placenta. Cette observation (p. 198 de la thèse de Mouchotte) est particulièrement intéressante au point de vue de l'historique de la question qui nous occupe.

Le 29 juin 1891, entre à la Clinique Baudelocque une femme ayant déjà eu

trois accouchements antérieurs. Les dernières règles ont eu lieu le 26 avril. Pendant le mois de juin, hémorragies légères presque continuelles. Le 25 juin, hémorragie très abondante, qui dure 3 jours et s'accompagne de douleurs de ventre. On pense qu'il s'agit d'une fausse couche; les caillots ne sont pas examinés ; l'état général reste cependant assez bon pour que le 28 juin la femme puisse sortir de sa chambre.

Le 28 au soir, elle est prise en ville de trois frissons consécutifs, pendant lesquels la température monte à 40°,5.

Le 29 juin, à son entrée, température : 38°,3, col utérin entr'ouvert, dévié vers la gauche; le doigt, introduit dans le col, arrive sur un petit polype; liquide utérin très fétide, langue saburrale, humide, visage pâle, couvert de sueur, traits tirés. Pouls : 112.

M. Pinard conseille de laver l'utérus, puis d'introduire un ballon Tarnier dans l'utérus, dans l'espoir de dilater le col, de déterminer des contractions et d'assister à l'expulsion spontanée du placenta retenu ; dans le cas où cette expulsion ne se produirait pas, on remplacerait le ballon Tarnier par le ballon Champetier; la dilatation suffisante obtenue, on interviendrait manuellement pour décoller le placenta.

Le 30, à 7 heures du matin, température : 39°,4; pouls : 124, facies inquiet, liquide utérin infect. M. Potocki, après anesthésie chloroformique, parvient à introduire deux doigts dans la cavité utérine et constate qu'elle est obturée, à sa partie inférieure, par un gros fibrome sessile, du volume d'une petite orange, et qui paraît être le prolongement intra-utérin d'un fibrome pariétal gauche; au-dessus du fibrome, se trouve un corps décollé qui paraît être le placenta. Avec l'index et le médius ce corps est saisi et entraîné au dehors : on constate qu'il s'agit bien d'un morceau de placenta, grisâtre, pesant 6 grammes et d'odeur absolument repoussante. La femme succombe le 2 juillet.

A l'autopsie, on ne trouve dans l'utérus aucun débris placentaire; dans la cavité utérine fait saillie, sur la face gauche, un fibrome du volume d'un œuf de poule, lisse, un peu ramolli au centre, sessile, et donnant à la vue exactement les caractères que l'examen intra-utérin avait fait constater. On trouve aussi un épaississement fibromateux, mais peu accusé, à la partie supérieure et droite de l'utérus.

Sans doute, les difficultés qui existaient pour arriver sur le placenta chez cette malade étaient moindres que dans l'observation de M. Monod: cependant il est probable que la curette employée seule n'aurait point entraîné cette partie du placenta décollé.

Si dans quelques cas tout à fait exceptionnels le doigt ne peut arriver sur le placenta, il est certain qu'*a fortiori* la curette échoue en pareil cas et qu'il faut recourir à une intervention plus radicale; mais il faut bien dire que dans la presque totalité des cas il est toujours possible, en usant du chloroforme et des ballons Champetier, d'obtenir un élargissement

suffisant du canal cervical pour qu'un doigt au moins pénètre dans la cavité utérine.

Les partisans de la curette objecteront que presque toujours avec elle on enlève suffisamment le placenta pour que les accidents infectieux ou hémorrhagiques disparaissent. S'ils persistent, il est loisible de recourir soit à un nouveau curettage instrumental, soit à l'exploration avec le doigt. Cela est possible; cependant il est certain que souvent il importe de pouvoir affirmer qu'il ne reste rien dans la cavité utérine.

Il y a quelques années, j'eus à soigner une jeune femme que j'avais assistée deux fois déjà lors de ses accouchements antérieurs. Elle fut prise au troisième mois de sa troisième grossesse d'accidents fébriles qu'un confrère mit sur le compte d'une grippe; l'hyperthermie était assez intense, la température dépassait 40°, et au bout de quelques jours cette femme expulsa un embryon. Quelques heures après, comme elle perdait assez abondamment du sang, je fis le curage digital sans chloroforme. La température continua à se maintenir élevée et, 48 heures après, le séro-diagnostic confirmait l'hypothèse d'une fièvre typhoïde que j'avais émise les jours précédents. Du reste, quelques instants avant que fût connu le résultat du séro-diagnostic, un médecin des hôpitaux l'affirmait cliniquement. Mais il faisait quelques réserves sur la cause de l'hyperthermie et nous demanda, au médecin traitant et à moi, s'il ne restait rien dans l'utérus, si la température n'était pas en partie causée par l'infection utérine et ajouta qu'il y aurait peut-être lieu de faire un traitement utérin tel que le curettage. Je répondis que j'avais la certitude absolue qu'il ne restait aucun débris dans la cavité utérine, et que je ne voyais aucune indication à faire un traitement utérin, puisque l'hyperthermie avait précédé de plusieurs jours l'expulsion de l'embryon, qu'il n'y avait aucun signe d'infection utérine. L'état de la malade alla en s'aggravant, et l'on fit appeler presque *in extremis* un médecin professeur de la Faculté, qui, tout en reconnaissant la gravité de la fièvre typhoïde, me demanda à nouveau si la délivrance avait été bien complète et si l'utérus ne devait pas être mis en cause pour expliquer l'hyperthermie. Les constatations que j'avais faites étaient suffisamment précises pour qu'à nouveau j'ai pu lui répondre affirmativement. J'étais assez malheureux de voir succomber cette jeune femme, amie de ma famille, pour n'avoir pas tenté une intervention utérine si j'avais eu le moindre doute sur l'absence de toute infection génitale.

En résumé, je crois que les observations que j'ai rapportées démontrent d'une manière indiscutable que le curettage instrumental ne donne pas de sécurité, en ce sens qu'aucun opérateur ne peut affirmer, quelle que soit son habileté, que dans certains cas il n'a pas laissé dans la cavité utérine une partie du placenta.

Peut-être m'objectera-t-on que les faits que je rapporte sont connus depuis longtemps et que c'est en s'appuyant sur eux que les accoucheurs les plus qualifiés ont proscrit de leur pratique le curettage instrumental. Sans doute, mais on oublie trop facilement les échecs de la curette puisqu'elle est encore trop souvent utilisée pour l'évacuation du placenta retenu post-abortum. Aussi n'est-ce peut-être pas faire œuvre tout à fait inutile que de publier de telles observations, qui montrent à quels ennuis on s'expose en ayant trop confiance dans la curette.

Comme je vous l'ai dit, l'un de mes élèves, le docteur Goilot, fait actuellement sa thèse inaugurale sur ce sujet. Je l'ai engagé à demander de différents côtés des observations analogues à celles que je lui ai données et à celles qu'il a recueillies dans la littérature médicale.

Il lui a été répondu par plusieurs de mes collègues, qu'en effet ils avaient constaté l'expulsion de morceaux de placenta à la suite de curettages faits avec l'instrument, mais que ces observations n'ont pas été rédigées et, par conséquent, pas publiées.

J'espère que mon exemple sera suivi et, s'il en est parmi mes collègues à qui pareille mésaventure soit arrivée, ils voudront bien nous résumer ici leurs observations : c'est seulement à l'aide de ces documents que l'on arrivera à trancher la question de la supériorité de l'une ou de l'autre méthode dans les cas de rétention placentaire post-abortum.

Pour ma part, je ne renonce pas à l'usage de la curette, qui est surtout précieuse dans les cas de rétention partielle du placenta dans les deux premiers mois de la grossesse ; mais je crois que le curage digital permet seul d'affirmer qu'il ne reste aucun débris dans la cavité utérine. Aussi est-il sage, si l'on ne recourt pas d'emblée aux doigts pour évacuer la cavité utérine, de contrôler, comme l'ont recommandé Chaleix-Vivie et Audebert, avec le doigt ce qui a été fait par l'instrument métallique, ou mieux de sentir avec le doigt s'il ne reste pas de débris placentaires dans la cavité utérine.

MOLES ET CHORIO-ÉPITHÉLIOMES[1]

Par **JOAQUIN CORTIGUERA**, de Santander (Espagne).

La statistique fournissant jusqu'en 1905 plus de 260 cas de chorio-épithéliome, et le fait que la présence de cette tumeur suit l'expulsion d'une môle vésiculaire dans la moitié environ des cas, d'après la plupart des observateurs, porte immédiatement à penser à un étroit rapport existant entre ces deux productions morbides. Si l'on ajoute que l'on trouverait toujours dans le chorio-épithéliome les éléments anatomiques caractéristiques de la villosité choriale, le syncitium et les cellules de Langhans, d'abord, moins constamment le tissu connectif, c'est-à-dire les mêmes éléments intégraux et principaux de la môle vésiculaire ; si, en plus de cela, nous constatons que, pour l'autre moitié des cas non précédés de môle, la tumeur chorio-épithéliale se développe après, un accouchement ou après un avortement, il semble qu'on ne puisse guère douter des très forts liens existant entre l'affection villeuse vésiculaire et la carcinomateuse.

En regardant de plus près les observations et en serrant les études faites dans ces dernières années de passion et d'élan, l'on trouve des faits qui nous empêchent d'être aussi affirmatifs. C'est ce qui ressort, d'après mon avis, des observations cliniques et des examens anatomiques ; et il y a même quelqu'un qui nie le caractère syncitial à presque toutes les productions examinées et qui croirait qu'elles sont toutes de simples sarcomes. Il est vrai que, d'après le temps écoulé entre la grossesse et la présentation tumorale, l'on pourrait presque à égalité de droits proclamer des rapports intimes ou point du tout entre les deux événements, des années s'étant passées quelquefois depuis le dernier accouchement.

La fréquence de la môle est établie avec une décourageante variété, depuis 1 pour 30.000 jusqu'à 1 pour 700 ; si bien que l'on pourrait croire que la statistique n'est point bien utile là-dessus. J'ai vu moi-même une môle pour 300 accouchements ; c'est peut-être le fait du hasard, ou bien que les môles ne vont pas souvent à la clinique officielle parce qu'elles

(1) Mémoire présenté au XVe *Congrès international de médecine*, Lisbonne, 1906.

sont expulsées vite et bien. En tout cas, la môle étant peu fréquente, il devient intéressant de connaître le rapport entre elle et le chorio-épithéliome ; l'on dit généralement que la tumeur viendrait dans une moitié des cas, mais pour quelqu'un ce serait seulement dans un dixième, et moi je n'ai trouvé dans une douzaine de môles qu'un seul chorio-épithéliome tandis que j'en ai vu trois non précédés de môle. A ce point de vue, il est bon de rappeler que les môles complètes sont plus rares, peut-être, que les incomplètes, et il se pourrait bien que les tumeurs que nous trouvons après l'accouchement ou l'avortement furent réellement précédées d'une môle qui n'a pas été vue. Il est vrai que les pénétrantes sont celles qui donnent plus souvent lieu à la dégénérescence et que celles-ci sont en minorité dans mes observations ; il est vrai encore que l'on doit distinguer le chorio-épithéliome, du déciduome puisqu'il y a des tumeurs qui renferment les éléments déciduaux connectifs. De ce chef, l'importance de l'endométrite s'accroît, et celle de l'évacuation complète après l'accouchement, l'avortement ou la môle, devient un point de pratique essentiellement prophylactique.

Même sans aller jusqu'à nier l'exactitude des observations faites quant à son interprétation bien entendu, il faut bien accorder que, dans la bibliographie de ces 15 dernières années, il y a des avis pour tout le monde ; aussi il est difficile, et pour cause, de s'orienter pour la conduite pratique à tenir si l'on se prend aux résultats des analyses microscopiques. La route de la clinique est bien plus facile et, quant à moi, je déclare que si je présente ce travail au Congrès, c'est pour répondre à une protestation loyale en tant qu'observateur, ne voulant pas voir opérer à outrance les môles vésiculaires comme si elles étaient toutes des cancers.

Entre Eden qui prétend qu'il n'y a pas de syncitium dans la plupart des observations publiées, Veit qui croit que souvent l'on a affaire au sarcome, la présence du syncitium étant pour lui l'accident et non pas un signe de malignité, Gottschalk qui y verrait un sarcome du tissu conjonctif du chorion, Sanger qui l'appelle sarcome décidual, Durante qui admet la tendance de l'adénome môlaire vers la malignité, et Marchand qui pense que l'on trouve toujours le syncitium et que c'est bien celui-ci l'élément malin, il y a des avis intermédiaires et des faits qui prêtent au plus judicieux éclectisme, et même quelqu'un exceptionnel qui bouleverserait toute la doctrine qui fait le chorio-épithéliome tributaire de la gestation ; je signale la présence du syncitium et des cellules claires dans les tumeurs du testicule.

La théorie que Ritchie énonçait déjà en 1864 en parlant des môles, et qui les ferait dépendantes de l'altération kystique des ovaires, bien mieux présentée et documentée aujourd'hui, ne semble pas non plus donner de gros fruits en tant qu'explicative de beaucoup de faits observés ; et Gottschalk tout récemment, après avoir examiné une môle limitée au chorion lœve, conclut qu'au lieu d'être la tumeur due à des troubles venant des ovaires kystiques, ceux-ci seraient plutôt le résultat des perturbations que la môle imprime dans la circulation ovarienne. Wallart a vu la lutéine dans toutes les grossesses sur les ovaires qui se font épithélioïdes sans pour cela devenir malins.

Le fait d'observation que dans toute grossesse, normale ou pathologique, il se fasse un transport de cellules syncitiales, et non pas de villosités entières, que Schmorl, entre autres, aurait trouvé seulement dans les cas de traumatisme placentaire, ainsi dans le placenta prævia, dans les accouchements prolongés, et cela en examinant 150 poumons de femmes mortes, à des époques différentes de la grossesse, à travers les vaisseaux sanguins de la mère vers les diverses régions de l'organisme, devient un phénomène si général qu'il attire déjà fortement l'attention vers l'impunité avec laquelle la plupart des femmes le supportent. Cela favoriserait les doctrines de Veit qui veut que ce ne soient pas les cellules syncitiales mais les sarcomateuses qui tuent, ou bien que les nodules métastatiques soient formés par des embolies charriant avec elles les éléments infectants ou ichoreux. De cette façon, l'on pourrait comprendre qu'il existât beaucoup de femmes qui, dans le présent, le passé ou l'avenir, supporteraient parfaitement la lésion.

D'autres avancent que si la tumeur se présente avec des caractères de malignité, c'est parce que les embolies syncitiales viennent d'éléments villeux dégénérés, tandis qu'elle serait bénigne dans le cas contraire. Mais il y a beaucoup de môles qui guérissent sans aucune suite fâcheuse pendant si longtemps, que, à vrai dire, ce serait exagéré de ne pas croire à un rétablissement durable et complet.

Il faut bien fournir une explication pour les cas nombreux et bien observés de chorio-épithéliomes qui, opérés, se terminèrent favorablement pour la malade, sans récidiver pendant de longues années après l'extirpation ; ainsi, pour Briquel, le germe du placentome (1) d'aujour-

(1) Nous employons le mot chorio-épithéliome parce que la tumeur est maligne, et qu'il indique quel est son siège ; mais le nom bref et univoque de placentome nous semblerait préférable et il exprime très bien ce qui intéresse le clinicien.

d'hui appartiendrait à une rétention épithéliale d'une grossesse antérieure à la présente. Il conviendrait d'en connaître une pour ceux dans lesquels l'on observa des métastases et qui arrivèrent néanmoins à la guérison sans extirpation; et, surtout, pour ceux dont on pourrait supposer l'existence étant donnée la constante émigration syncitiale, et qui ne sont pas trahis même par la présence d'accidents éclamptiques, de décollements placentaires, de nodules fibreux et de tant d'autres troubles dont Veit veut bien les charger, pendant que d'autres les mettraient sur le compte de l'autothrombose de Fellner. Cet auteur constata que, contre l'idée admise pour les vaisseaux veineux, les embolies syncitiales habitaient presque toujours dans les artères, et que les autres cellules qui accompagnaient le syncitium étaient bien des cellules déciduales et se trouvaient tantôt dans la cavité vasculaire ou en dedans de ses parois, comme si elles représentaient une réaction déciduale. C'est de la sorte que cet auteur veut s'expliquer les éclampsies, les infarctus placentaires et même la môle, en substituant à l'autothrombose la déportation des villosités de Veit et pensant que cette déportation exprimerait la formation des cellules déciduales sur les parois des artères

La théorie de l'endométrite précédant le chorio-épithéliome a pour elle l'avantage des faits enregistrés, dans lesquels la différenciation entre les cellules de la couche de Langhans et celles qui appartiennent à la caduque semble bien difficile Monod extirpa un déciduome véritable qui donna à l'examen microscopique une infiltration de cellules de la caduque sans vestige aucun de villosités. Stoffel, en analysant une jeune môle, trouva, outre le syncitium et les cellules de Langhans, la caduque infiltrée et avec plusieurs coccus, c'est-à-dire une infection déciduale. D'ailleurs, si la môle devance tant de fois le chorio-épithéliome et l'on admet que l'endométrite s'y trouve souvent, il semble aussi tout naturel de rapprocher cette lésion de la caduque avec l'épithéliome chorial, sa suite fréquente. C'est bien probablement ce qui arrivait chez la malade dont nous parlait Churchill, qui expulsait des produits môlaires pendant les époques menstruelles et qui finit avec la ménopause. Veit fait valoir que les fibromes et les cancers sont accompagnés d'une lésion endométrale analogue à celle que l'on voit avec le sarcome et le déciduome, et qu'en plus de cela nous voyons l'altération syncitiale dans la sérotine et dans la caduque véritable ; et, tout dernièrement, Gottschalk l'a vue dans le chorion non villeux. Tout cela semblerait propre à suggérer l'idée d'une endométrite avant le déciduome.

L'on pourrait invoquer l'ancienne assertion : *ubi stimulus, ibi fluxus*, en disant que le microorganisme faisait le rôle d'un agent irritant et que l'endomètre infecté donnait lieu au développement d'éléments anormalement constitués, puisque dans d'autres régions de l'organisme l'on n'a pas encore réussi à nier d'une façon probante l'idée d'une excitation en tant que cause occasionnelle du cancer, en laissant l'autre partie du processus aux propriétés des cellules qui seraient moins variables que celles des tissus, ainsi que tend à le démontrer l'observation récente d'Huguening; cet auteur a vu dans un cas de môle, pénétrant jusqu'au péritoine, des villosités choriales métastatiques dans le poumon, et il suppose que le syncitium charrié dès la môle jusqu'au thorax constitua avec le tissu connectif du poumon de véritables villosités, donnant ainsi naissance à des produits tissulaires que le poumon ne forme jamais.

De toutes les manières, la coïncidence, que je ne sais pas si elle est constante, ne doit pas être prise comme dépendance et moins encore comme cause. Je suis bien disposé vers l'idée de l'endométrite comme motif occasionnel, mais je tiens à faire observer que cette altération endométrique accompagne, ou peu s'en faut, toutes les formations tumorales dans l'utérus, et, précisément, cette constance et la plus grande fréquence de l'infection de la muqueuse me donnent à penser que l'on a affaire à une coïncidence seulement, et à la considérer rien que comme une réaction particulière à toutes les membranes en présence d'un corps étranger, sans autre complication que le microbe. Ainsi, il est possible que Briquel ait bien raison lorsqu'il pense que le tissu connectif donnerait naissance au déciduome, et aux sarcomes dirai-je, tandis que l'épithélium produirait les carcinomes.

Nous sommes donc encore loin de savoir pourquoi, après la môle, l'accouchement ou l'avortement, il se forme une tumeur qui naît dans la région placentaire, donnant lieu à de fortes et persistantes métrorragies, avec de fréquentes métastases qui renferment, comme elles-mêmes, les éléments anatomiques de la villosité choriale. L'on croit qu'en vertu des propriétés que le placenta posséderait pour développer des actions physiologiques semblables à celles des formations cancéreuses, la villosité se nécrose dans son centre et donne naissance à une prolifération exagérée de ses éléments constituants, du syncitium surtout et, à un degré moindre, des cellules de Langhans ; que ces éléments présentent une dégénérescence atypique, le premier avec exsudation fibrineuse et

vacuolisation, le second avec hydropisie des cellules, d'après Stoffel. La lésion essentielle serait toujours la superactivité du syncitium pour les uns, et l'on sait que Veit la rapporte principalement à la cellule sarcomateuse, qui serait très souvent la même que d'autres ont pris pour la déciduale.

L'on a vu cinq chorio-épithéliomes après la grossesse tubaire et un autre après l'interstitielle. Aujourd'hui, comme le disait Veit, il faudrait admettre des tumeurs malignes sans éléments fœtaux, des tumeurs bénignes avec des éléments fœtaux ; et, en plus, que la grossesse trouble l'anatomie et la physiologie des tumeurs, à cause de sa plus grande succulence, de son apport sanguin exagéré, etc.

De toutes sortes, il reste acquis que le tissu du chorio-épithéliome est égal à celui de la môle, aussi bien en dedans de l'utérus que dans les nodules métastatiques formés secondairement par émigration, et que ces éléments métastatiques aussi bien que la tumeur primitive revêtent quelquefois, souvent même, des caractères de malignité évidents, tandis que d'autres fois ils peuvent guérir sans opération. Cette affirmation, qui pourrait paraître par trop optimiste, je dois la restreindre à quelques môles et quelques nodules métastatiques ; mais je pourrais encore l'étendre à maint chorio-épithéliome et, surtout, à maint déciduome, d'après les observations de Monod, Emmanuel et Franqué, si je ne me trompe pas.

L'on peut rappeler, à ce sujet, que le chorio-épithéliome, ou épithéliome ectoplacentaire de Durante, progresse en dedans des vaisseaux sanguins, contrairement à ce que font le carcinome et aussi le sarcome ; mais il se différencie de ces tumeurs en ce que les métastases ne sont pas toujours malignes, comme lui-même, du reste, et en ce qu'il guérit quelquefois spontanément ou qu'il n'est pas si grave dans toutes ses périodes pour l'organisme de la femme, puisqu'on a vu dans certains cas des nodules métastatiques éloignés de l'utérus qui ont tué la malade lorsqu'il n'y avait plus rien dans la matrice ; et l'on parle encore de cas dans lesquels l'existence des métastases est venue guider pour la recherche de la tumeur utérine. Il est vrai que l'on a admis pour les résidus choriaux la possibilité d'une vie silencieuse ou sommeillant pendant un certain temps, et, qu'après un accouchement, ils se mettraient à revivre, ou bien après l'expulsion d'une môle, du moment qu'on n'a pas trouvé quelquefois le corps jaune cicatriciel récent.

Durante nous dit que pendant la période préaseptique les résidus mem-

braneux ou placentaires s'éliminaient fréquemment par nécrose, infectieuse ou non, tandis qu'aujourd'hui, avec les soins aseptiques ou antiseptiques, la plaie utérine, plus nette, recevrait les bourgeons de la tumeur, comme si c'était une greffe cutanée, et s'y développerait plus à son aise. C'est une belle vue de l'esprit, mais j'y opposerais celle de mon expérience personnelle, les cas de chorio-épithéliome par moi observés ayant eu lieu dans des clientèles qui ne faisaient pas de l'asepsie et je ne me rappelle pas d'avoir trouvé un seul cas pendant plus de trente ans, c'est-à-dire avant ni après les pratiques modernes. En plus, les altérations syncitiales des tissus seraient constantes et durables dans la grossesse même normale.

Voulant identifier la môle avec le chorio-épithéliome, nous aurions à supporter ce fait que Reynier trouva l'utérus sain chez ses opérées d'hystérectomie pour môle. Moi-même, j'ai vu l'utérus parfaitement sain après une hystérectomie pour chorio-épithéliome d'abord raclé, et la malade succomba avec des métastases pulmonaires; je me hâte de dire que, dans ce dernier cas, l'endomètre était sain, mais non pas le muscle dans sa couche sous-péritonéale ; dans cet endroit, il existait une zone de couleur foncée, comme echymotique, saillante et ramollie, vouée probablement à une prochaine et mortelle rupture, que l'hystérectomie évita. La désagrégation et la dégénérescence musculaire avec la pénétration des corpuscules seraient pour Huguening-Kœnig, dans un cas analogue au nôtre, la cause de la perforation péritonéale.

D'ailleurs, j'ai pu voir douze môles. toutes à terminaison heureuse sans que les malades eussent des métrorragies notables dans les mois et même les années qui suivirent l'expulsion.Je n'ai pas pu connaître le sort de cinq malades, mais je sais quel est l'état où se trouvent les sept autres (1) ; elles se portent parfaitement bien, sans avoir à compter dans leur passif des avortements, et conservent presque toutes leurs enfants. Quelques-unes furent opérées dans un état trop grave, et toutes elles se remirent notablement vite. La plus anciennement observée a survécu déjà dix-huit ans, il y en a de quinze, onze, neuf et d'autres plus récentes ; naturellement, aucune d'elles n'a présenté des signes suspects de chorio-épithéliome et j'en compte une qui expulsa trois môles. Je ne crois pas exagérée la seule donnée statistique que nous ayons, à cet égard, de Sé-

---

(1) Celle de l'observation huitième est morte, au bout de quatre ans, tuberculeuse, ses organes génitaux n'étant pas en jeu, mais ses poumons.

marclens, cet auteur signalant seulement 6 p. 100 de mortalité environ par tumeur après la môle, et un autre 8 p. 100 par des causes diverses non classées ; l'on peut supposer que ce sont les métrorragies et la septicémie. Maintenant, il semble presque certain que les 86 p. 100 n'ont pas eu des tumeurs; donc, le chorio-épithéliome ne suit par la môle si souvent qu'on semble le croire.

D'un autre côté, je crois avoir vu seulement trois fois le chorio-épithéliome sans que dans aucun d'eux il y eût à enregistrer l'histoire de môle antérieure à sa présence, mais de fausses-couches dans deux cas et de plusieurs accouchements dans l'autre. Dans le premier cas, l'on fit deux raclages et non pas l'hystérectomie parce que les parents de la femme s'y opposèrent ; dans le deuxième, l'on ne pensa pas à l'opportunité d'une opération quelconque, à cause du mauvais état de la malade et de sa fin prochaine ; et dans le troisième, l'on fit l'hystérectomie abdominale après un raclage, les métrorragies persistant aussi abondantes qu'auparavant et l'utérus augmentant de volume en même temps que l'état général dépérissait d'une façon alarmante. Les trois malades succombèrent avec des métastases pulmonaires; chez l'une, il y avait encore une invasion paramétrale et une autre vaginale; chez l'autre, presque évidemment, des nodules métastatiques dans le foie.

Symptômes. — Le tableau clinique est d'habitude le suivant : une femme qui expulsa, il n'y a pas longtemps, un fœtus, un embryon ou une môle, persiste à avoir des métrorragies, s'affaiblit et pâlit d'une manière frappante, l'anémie consécutive étant plus profonde que ne le comporte la quantité de sang perdu ; la teinte de la peau est cireuse, plutôt cachectique, ayant une certaine ressemblance avec celle des malades porteuses de fibromes volumineux anciens et hémorragiques. Bientôt, il survient des œdèmes et, très souvent, une toux sèche avec dyspnée et des signes d'infarctus pulmonaires dus à l'irruption de petits bouchons venus des thrombus vasculaires qui se présentent dans une bonne moitié des cas, d'après Fargas dans 90 p. 100.

L'examen local nous permet de voir un utérus gros, ramolli comme dans la grossesse, moins lisse dans ses contours, moins arrondi, assez mobilisable à défaut d'une invasion paramétrale généralement unilatérale. Le col est lisse et ramolli presque toujours, mais il y a des cas si avancés dans son évolution que nous pouvons le trouver irrégulier et déchiqueté ainsi que les culs-de-sac vaginaux ; cela serait assez rare. Il est plus habituel de trouver dans le vagin quelque nodule métastatique

de la tumeur, dont l'examen histologique confirmera la nature villomateuse et le gros soupçon que la production intra-utérine soit encore un chorio-épithéliome. Quelquefois, le col se trouve perméable au doigt rendant possible le toucher de l'endomètre.

A ce tableau peuvent s'adjoindre d'autres symptômes, dus à l'existence de nodules charriés vers divers organes : le foie, les poumons, le rein, le cerveau ; qu'il nous suffise de les signaler.

Diagnostic. — Le diagnostic, dans la majorité des cas, n'est pas bien difficile, mais il se rencontre quelquefois des nuances propres à l'obscurcir. Le fait primordial que la femme a accouché d'un fœtus ou d'une môle peu de temps auparavant et qu'elle perd du sang qui l'affaiblit à vue d'œil, est de nature à pencher le jugement vers la rétention de débris fœtaux ou abortifs. Le toucher intra-utérin et la cuillère lèveront les doutes. Le doigt touchera une masse mollasse qui ressemble au placenta et la cuillère emportera d'abondants déchets d'un tissu mollasse et grisâtre intimement mêlé au sang. Dans ces débris, d'ordinaire plus abondants que si l'on avait affaire à une endométrite banale ou à la rétention de quelque cotylédon placentaire, le microscope trouvera les éléments des villosités choriales.

Si la femme accoucha ou avorta depuis quelques années déjà et qu'elle présente ces hémorragies après une longue stérilité ou après avoir subi un raclage, le diagnostic devient plus difficile et l'on pense plutôt à un épithéliome du corps non chorial ou à un fibrome sous-muqueux ; mais le toucher intra-utérin et l'examen microscopique peuvent nous éclairer de même qu'auparavant.

Le problème est autrement difficultueux lorsqu'il n'y a pas des troubles utérins et la malade présente des signes d'obstruction viscérale. C'est qu'en effet l'on a vu mourir, au bout de deux ou trois mois, et même beaucoup plus longtemps après l'accouchement ou la môle, des femmes avec les symptômes de méningite, de congestion pulmonaire ou bien de néphrite, et l'on a trouvé, à la nécropsie, des nodules thrombosiques néoplasiques avec des cellules de la villosité choriale, et, nonobstant cela, l'utérus restait sain.

On a vu, inversement, un nodule dans le vagin, dans le paramétrium ou n'importe dans quel endroit du corps, qui, à l'examen histologique, semblerait un chorio-épithéliome, et, quelque temps après cela, l'on voyait les signes physiques de la tumeur dans l'utérus. Ces cas-ci ne sont pas, heureusement, bien fréquents, mais ils mettent le clinicien à l'épreuve et

celui-ci ne trouvera la solution au problème que dans l'examen microscopique.

Pronostic. — C'est une grave maladie; mais cela n'est pas toujours invariable, au contraire. La tumeur est plus sérieuse après l'avortement qu'à terme de la gestation et surtout qu'après la môle. A tout prendre, l'on compte plus de guérisons que pour le carcinome en opérant de bonne heure. Si ce n'étaient ces cas à diagnostic si difficile, que nous avons mentionnés plus haut, nous pourrions regarder plus tranquillement ce néoplasme. Mais il est impossible de s'empêcher de penser à son extrême importance en voyant succomber à la méningite, la néphrite ou l'infarctus pulmonaire des malades chez qui on ne trouve plus rien d'utérin, ou bien avant que la tumeur ne se développe dans ce viscère.

Ce qui est bien fait pour nous attrister encore, c'est que, de l'aveu du même Marchand qui a conquis tant de mérites dans l'étude de cette maladie, l'on ne peut pas dire, avec le microscope, quelle tumeur, quel nodule, quelle môle est à caractère bénin et quelles autres présentent une nature maligne. Il semble impossible à Briquel de connaître au microscope l'énergie d'accroissement des éléments choriaux. L'on dit bien que dans les zones d'invasion du néoplasme le tissu le plus abondant est le syncitium pendant qu'il se trouve moins de cellules claires et une petite quantité de tissu conjonctif; que le syncitium est bien celui qui donne le caractère tranché de malignité. Mais dans d'autres cas, l'on trouve d'abondantes cellules semblables aux déciduales et de nombreuses plasmodies, c'est-à-dire des cellules à limites peu marquées qui ne peuvent pas être assurément différenciées, et nous avons déjà dit avec quelle ardeur Veit prône l'idée que la confusion de quelques cellules avec les sarcomateuses est très possible.

Traitement. — La prophylaxie doit viser l'expulsion complète du placenta, de l'embryon ou de la môle. Après cette expulsion apparemment totale, la femme reste menacée de la prolifération d'un débris villeux, qui pourra former à l'avenir un chorio-épithéliome; mais cela arriverait dans un très petit nombre de cas, et, bien entendu, cette possibilité théorique n'est pas suffisante pour prendre d'autres mesures thérapeutiques, étant donnée en surplus la fréquence d'une absorption spontanée.

Si, après une expulsion incomplète, la femme avait des métrorragies abondantes et incoercibles, nous devons faire le toucher intra-utérin et procéder au curage digital ou instrumental, afin d'obtenir une évacuation totale des produits utérins retenus. Si, malgré cette intervention, les

pertes continuaient, avec augmentation du volume des parois utérines, ou dans un cas suspect sur la nature des débris évacués, avec anémie profonde, et surtout des signes métastatiques, l'on ferait l'examen microscopique, qui dénoncerait si nous avons affaire à des tissus syncitio-choriaux ou non. Si oui, il faut faire l'hystérectomie séance tenante ; dans le cas contraire, répéter le raclage ou employer le traitement qui semblerait le plus indiqué selon les conditions cliniques du cas particulier.

L'hystérectomie pour chorio-épithéliome doit emporter avec l'utérus les annexes et les nodules opérables, mais sans songer à de gros traumatismes quant à ceux-ci, car nous connaissons des cas guéris sans y toucher.

A. — Observations de moles.

I. — Femme de 28 ans, me fait chercher parce que, après deux mois sans ses règles, elle voit venir un écoulement sanglant et quelques douleurs à l'hypogastre. Cette malade est une ancienne endométrique, indocile, qui mène une vie déréglée. Elle a un utérus gros comme au troisième mois de la grossesse, peu dur et avec son col ramolli. Repos et laudanum. Le lendemain, sans soulagement, elle expulse, enfouie au milieu de gros caillots, une môle vésiculaire de la grosseur d'un poing d'adulte qui me semble être complète. La convalescence est facile, malgré les pertes qui précédèrent l'expulsion. J'invite la malade à se faire traiter son utérus, en prévision d'autres accidents, et je ne la revois plus.

II. — C'est la même malade de l'observation précédente qui, au bout d'une année, croyant se trouver au troisième mois d'une nouvelle grossesse, commença à perdre par le vagin une certaine quantité de sang noirâtre et à sentir des douleurs semblables à celles de l'autre fois. Elle a eu des vomissements qui ont cessé déjà, mais le dépérissement est frappant. L'utérus est plus gros qu'il ne devrait l'être au troisième mois, ramolli ainsi que son col. Je pense à la répétition de l'accouchement môlaire et je prescris le repos, l'antipyrine et le laudanum. Dans la soirée, je suis mandé en toute hâte pour une métrorragie profuse. Le col étant dilaté, il m'est permis de toucher une masse mollasse dans l'utérus et de recueillir deux ou trois vésicules qui se trouvaient mêlées aux caillots retenus dans le vagin. Dilatation digitale et énucléation de la môle jusqu'à toucher les parois utérines bien lisses. Guérison rapide. La malade ne voulut pas encore cette fois-ci se faire soigner son endométrite.

III. — Pluripare qui, après une fausse couche, a de fréquents troubles ménorragiques et se fait faire un raclage qui la guérit. Cinq mois après l'intervention elle voit ses règles supprimées pendant trois autres mois en même

temps qu'elle commence à avoir une leucorrée sanguinolente, qui augmente jusqu'à devenir une forte métrorragie avec de gros caillots. Elle a des douleurs intermittentes, dont elle semble méconnaître la nature puisqu'elle les attribue à une colique intestinale. Utérus mou par places, dur dans d'autres, gros et avec son col ramolli et quelque peu dilaté. La grosseur de l'utérus qui remonte à l'ombilic me fait penser à une môle et je confirme mon diagnostic dans la nuit suivante, pendant laquelle, malgré les calmants et le repos, elle expulse plusieurs vésicules au milieu des caillots. Dilatation et énucléation complète. Il y a dans la paroi utérine une zone qui fait saillie, comme si c'était une tumeur, d'une consistance plus dure que le reste de l'organe ; mais, touchée par dedans, l'on voit qu'elle est plus molle et fait penser à un prolongement de la môle. Expectation pendant les quatre jours suivants et guérison sans le moindre incident. Quinze ans se sont écoulés depuis cette observation, la femme a eu trois enfants, elle est très bien portante et très bien réglée. La zone suspecte a disparu.

IV. — Mariée, 18 ans, stérile, a deux règles manquées et perd du sang en petite quantité, mais avec des douleurs très fortes. Utérus du volume correspondant à deux mois, assez dur, mais son col est ramolli et le signe de Hégar est très net. Je crois à un avortement imminent, mais peu d'heures plus tard elle expulse quelques vésicules et dans la suite plusieurs autres. Le sang disparut, et la malade se trouva guérie en cinq jours, sans qu'aucun incident fâcheux lui arriva. Aujourd'hui, douze ans s'étant écoulés, elle est bien portante et a eu cinq enfants.

V. — Une dame, pluripare, sans antécédents endométritiques, voit quelques règles absentes et se croit enceinte. Mandé parce que depuis deux jours elle fait de fortes pertes de sang, je la trouve extrêmement pâle, collapsée, avec tous les signes de l'anémie aiguë. Utérus dépassant deux doigts par-dessus l'ombilic, de consistance molle, col ramolli et entr'ouvert. Pas de bruits fœtaux, pas de mouvements actifs, que la malade n'avait pas non plus sentis auparavant. Son médecin traitant a vu sortir des vésicules. Dans un état vraiment alarmant, dilatation et énucléation rapide de la môle, qui est très volumineuse et qui pénètre par quelques endroits dans le muscle utérin. Tamponnement intra-utérin à la gaze, irrigations et retamponnement tous les jours. Pendant quatre ou cinq jours, il y eut de légères élévations thermiques qui s'accompagnaient de l'expulsion de quelques débris vésiculaires dans les lavages. Guérison et relèvement dans deux semaines. Il y a douze ans de cela, et cette dame a eu quatre autres accouchements heureux. Elle n'a pas de troubles menstruels et ses enfants sont en parfaite santé.

VI. — La femme d'un officier a des vomissements incoercibles et, quelques mois sans ses règles, se croit grosse. La situation est obscure et grave et je suis mandé. Je diagnostiquai une môle probable en considérant la grandeur et la consistance de l'utérus ainsi que l'intensité des réflexes. Le lendemain elle expulsa une grosse môle et elle se remit vite et bien.

VII. — R... 30 ans, mariée, a eu plusieurs accouchements faciles; pas d'avortements; son dernier fils est âgé de trois ans. Il y en a deux que ses règles sont troublées, mais non pas supprimées, elle perd tous les trois ou quatre jours pendant quelques heures, sans douleurs et sans altération qui lui fasse penser à une grossesse. Utérus gros comme au quatrième mois, col ramolli, pas de signe d'Hégar marqué. La consistance du corps n'est pas régulière, mais assez molle par endroits, elle semblerait fibromateuse dans d'autres. Je laisse en suspens mon diagnostic, hésitant entre un utérus fibromateux et une grossesse de quatre mois, dans l'espoir que le temps viendrait éclairer le dernier, et j'ordonnai un traitement approprié. Repos, opium, hydrastis. Un mois passé sans soulagement, l'utérus a assez grossi et je le trouve plus mou que lors de mon premier examen ; pas de mouvements, pas de bruits cardiaques ; le col est perméable et l'on arrive à toucher une masse mollasse, comme spongieuse. Les pertes étant considérables et, croyant à un avortement fœtal ou molaire, dilatation du col et extraction d'une môle avec beaucoup de vésicules et quelques morceaux solides sans caractères fœtaux faciles à reconnaître. Lavage intra-utérin, soupçons d'une expulsion incomplète, dans la crainte d'une perforation, une zone de la môle étant pénétrante. Dans les jours suivants, infection peu sérieuse qui guérit au bout de deux semaines, pendant lesquelles il y eut, à des intervalles, expulsion de quelques débris fétides, boueux, ressemblant à des lambeaux membraneux macérés. Cette malade a eu dans la suite un autre enfant qui se porte à merveille et qui est aujourd'hui âgé de deux ans. La mère n'a pas de métrorragies mais une parfaite santé.

VIII. — A..., célibataire, fit il y a un an un avortement ovulaire, sans se remettre assez bien puisqu'elle a dès lors ses règles troublées. Deux années plus tard, suspension de deux époques avec de forts malaises locaux et réflexes : vomissements persistants, presque incoercibles, albuminurie et grand dépérissement. Col ramolli, signe d'Hégar assez marqué, fond de l'utérus au niveau de l'ombilic mou. Je penche pour une grossesse molaire. Observation, diète lactée, eau oxygénée pour boisson, ventouses sur les lombes, bains généraux tièdes. Il n'y a pas de soulagement; perte sanguine qui s'accentue fort dans deux semaines. La malade maigrissant beaucoup et l'utérus grossissant vite, hésitant entre la môle et l'hydramnios, toujours sûr que le fœtus venait mort ou condamné, je dilate l'utérus en plaçant une grosse mèche de gaze aseptique dans toute la cavité cervicale et dans le vagin; le lendemain, douleurs expulsives qui font sortir et le tampon et une grosse masse molaire toute vésiculeuse qui me semble à peu près complète; avec le doigt j'en enlève le reste, et la malade se remit très bien au bout d'une semaine. Disparition rapide de l'albumine. Cette femme succomba quatre années plus tard, à la suite d'une tuberculose pulmonaire sans symptôme génital aucun.

IX. — Syphilisée par son mari, elle eut deux enfants morts-nés de cinq et six mois intra-utérins, et jamais elle ne se soigna convenablement, et encore moins son mari. Une année après son dernier accouchement, suppression de

ses règles pendant trois mois, ce qui fait soupçonner une grossesse et mander un médecin en vue d'empêcher, si possible, un nouvel accident. Utérus gros comme au quatrième mois, col ramolli, pas de signe d'Hégar. Écoulement sanglant qui augmente en dépit du traitement et qui nous fait craindre un prochain avortement. Le ménage désirant un enfant, ils comptaient bien le moindre incident, et je pris note de la grandeur excessive de l'utérus, et même en admettant l'existence d'un gros placenta spécifique, je fais part de mon diagnostic de môle possible. Six jours plus tard, les pertes continuent et l'expulsion commence, mais elle s'arrête et la masse reste pendant de longues heures retenue dans le vagin. C'était une môle vésiculeuse incomplète, avec un très petit fœtus qui n'était pas en rapport avec la grandeur de son placenta. Extraction complète de la môle, pas d'accidents. Je n'ai pas eu de nouvelles de cette malade, pas gouvernable du tout.

X. — Un accouchement et deux avortements de trois mois. Se croyant dans sa quatrième grossesse, avec deux suppressions des règles, elle fait une chute dans un escalier et se plaint de douleurs aux lombes et dans la région hypogastrique, avec pertes de glaires sanglantes par le vagin. Utérus gros comme au deuxième mois passé, signe d'Hégar, col ramolli. Je crois à la possibilité d'un avortement par endométrite favorisé par la chute. Repos, opium, viburnum. Expulsion d'une môle le lendemain soir, vésiculeuse, complète, sans aucun trouble. L'endométrite guérie, aujourd'hui, quatre ans après l'accident, elle n'est plus devenue enceinte, mais elle se porte très bien.

XI. — Mme M..., multipare, toujours bien réglée, a une infection typhique abdominale pendant le puerpérium de son quatrième accouchement. Elle guérit et, au bout de trois mois, elle devient grosse. Pendant cette gestation elle éprouve de grands malaises réflexes, les vomissements devenant incoercibles, elle a des œdèmes dans les membres, une pâleur cireuse et, en plus, une albuminurie extrêmement abondante que l'on voit au cours du quatrième mois et qui s'accroît graduellement jusqu'au cinquième. Utérus gros, remontant de quatre doigts au-dessus de l'ombilic, d'une consistance irrégulière, offrant par places des parties dures qui semblaient fœtales ; mais l'on ne voyait pas de mouvements actifs, et les parties dures, un peu déplaçables et changeantes pouvaient être dues à des hémorragies intra-utérines. La malade interrogée à plusieurs reprises, et elle est très intelligente, nous assura qu'elle sentait remuer son enfant, mais le médecin traitant n'entendait les bruits cardiaques nulle part. Le diagnostic était fœtus probablement mort ; et les troubles d'auto-intoxication étant néanmoins très accentués, les hémorragies externes assez abondantes et surtout fréquentes, nous parlâmes de la possibilité d'une môle avec une quantité plus ou moins grande de fœtus, et de provoquer l'expulsion s'il ne survenait pas un prompt soulagement. Loin de cela, la malade empira après une nouvelle métrorragie très copieuse, et, après un tamponnement fait d'extrême urgence, nous décidâmes, en l'enlevant, d'introduire une bougie dans l'utérus. Je fus surpris de la facilité de son introduc-

tion, la bougie pénétrant sans trouver le moindre obstacle et dans plusieurs directions, en donnant la sensation de traverser une masse homogène et molle partout au lieu du glissement que l'on a sur une main habituée ; et, d'ailleurs, elle ne produisit aucun effet excitant au bout de trente heures. Le lendemain soir, une autre métrorragie plus sérieuse encore mit en grand péril la vie de la malade, et nous pûmes voir qu'elle expulsait quelques vésicules ; il fallait bien en finir, et, une fois tamponnée et réchauffée avec toute sorte d'excitants, sans la quitter pendant toute la nuit, nous fîmes, *in extremis*, la dilatation forcée du col et l'extraction de la môle sans aucune partie fœtale. L'intervention devint grave, et par l'état de la femme, et à cause de la pénétration de la môle qui nous obligea à employer la cuillère coupante dans quelques endroits contre les parties dures qui, très adhérentes, pénétraient dans la musculeuse de l'utérus. Il y eut bien quelques oscillations thermiques dans les jours qui suivirent, mais la malade guérit et se remit très bien, l'albumine et les réflexes ayant disparu dans un court laps de temps. Il y a aujourd'hui trois ans et cette dame a eu depuis lors un accouchement à terme, normal, avec une grossesse et une santé absolument rassurantes.

XII. — Pluripare, antécédents de métrite hémorragique, se croit enceinte pour la cinquième fois. Elle a trois mois clairs, se trouvant plus gênée que dans ses autres grossesses, avec des taches sanglantes tous les jours. Utérus gros et mou, col ramolli et perméable qui permet le toucher d'une masse rugueuse dans son orifice vaginal. Le volume de l'utérus, les antécédents d'endométrite et la présence de cette masse nous font penser à la possibilité d'une môle. Repos, opium, irrigations chaudes prolongées, tout devient inutile, et il survient une élévation thermique en même temps que le pouls s'accélère. Dilatation et extraction d'une môle vésiculaire complète. Guérison rapide. Il y a un an, la malade est enceinte de deux mois après avoir soigné son endométrite ; jusqu'à présent tout est pour le mieux.

B. — Observations de chorio-épithéliomes.

I. — M..., après plusieurs accouchements heureux, se croyant à nouveau enceinte de quelques mois, a de fréquentes hémorragies. Son médecin, lui aussi, pense à la gestation et tente vainement d'extraire l'œuf. Les pertes continuent, mais l'on ne voit pas l'embryon parmi les caillots. Un autre docteur appelé ne peut pas faire un diagnostic en présence d'une nouvelle et abondante métrorragie. La malade traîne, le soulagement n'arrivant pas, et l'on vient me prévenir au bout de quelques mois. Utérus gros, col dur et entr'ouvert, métastase vaginale, embolie pulmonaire avec des crachats sanglants et cachexie. Le diagnostic n'était point difficile, mais je ne jugeai pas opportune l'intervention chirurgicale. La malade succomba peu de jours après ma visite. L'on me dit qu'elle fut toujours anémique et avait fait un seul avortement seize ans auparavant, ayant eu pendant cette période six enfants sains et à terme.

II. — Multipare qui fait son deuxième avortement avec une forte métrorragie. Anémie profonde. La malade ne se remet pas ; ses pertes ne disparaissant pas au bout de deux mois et demi, elle vient me consulter avec un utérus gros et tant soit peu mou, qui saigne constamment.

Je pense à la rétention d'un morceau ovulaire et je conseille un raclage, qui est fait le lendemain.

Mon attention est éveillée par l'abondance de déchets qu'emmène la cuillère ainsi que par sa mollesse ; ils sont grisâtres et mêlés aux caillots sanguins, si bien que je penche pour l'existence d'un épithéliome et je renvoie les produits pour l'examen histologique.

La malade se lève et rentre dans son pays, mais elle se trouve fatiguée et, au bout de quelques jours, eller ecommence à perdre comme auparavant. Je trouve alors un utérus plus grand encore que je ne l'avais vu lors de mon premier examen ; c'est-à-dire que dans un mois il s'était remarquablement accru, et, plus encore, il y avait une tuméfaction dure dans le paramétrium, qui était de nouvelle formation. Très pâle, elle étouffait même au repos.

Je diagnostiquai un chorio-épithéliome et conseillai l'hystérectomie abdominale immédiate. L'endomètre était parfaitement sain et souple, mais il y avait du côté de la tuméfaction paramétrale une zone d'une teinte vineuse, foncée, ressemblant à une tumeur qui menaçait de rompre en plein péritoine.

La malade se remit après l'opération, mais la dyspnée continua ; elle eut quelques crachats rouges, et, peu de jours après avoir rentré chez elle, la mort survint avec tous les signes d'un grand infarctus pulmonaire qui, sans aucun doute, était bien néoplasique.

III. — Multipare, elle fait un avortement au troisième mois et se porte bien après. Au bout de quatre semaines, elle commence à avoir des écoulements de sang, grande prostration et fortes douleurs aux lombes et à la tête avec albuminurie et oligurie. Utérus gros et mollasse, irrégulier. L'on conseille le raclage, pensant à une endométrite déciduale et ayant en vue la néphrite peut-être du chorio-épithéliome. Le col une fois dilaté, l'on touche une masse mollasse qui fait une forte saillie dans la cavité utérine et j'hésite encore dans mon diagnostic. Le curage digital et le raclage augmentent les soupçons de chorio-épithéliome et le cours post-opératoire les confirme, car, au lieu de se remettre, la malade perd toujours abondamment et commence à étouffer en même temps que l'albuminurie s'accroît. A la semaine suivante, je conseille l'hystérectomie parce que, l'utérus grossissant toujours, je constatais un nodule vaginal que je n'avais pas vu lors de ma première intervention ; mais les parents, en présence du mauvais état général et de la gravité du cas que nous leur faisons connaître, n'acceptèrent point l'opération et nous prièrent de vouloir bien faire un deuxième raclage si toutefois nous croyions à son utilité. Malgré nos conseils, un autre confrère procéda au raclage ; mais la malade mourut avec des symptômes urémiques au bout de la deuxième semaine.

Conclusions.

L'on voit souvent la môle vésiculaire devançant le chorio-épithéliome, et moins fréquemment après l'accouchement et après l'avortement.

Il y a beaucoup de môles qui ne sont pas suivies d'épithéliome, même lorsqu'elles récidivent une ou plusieurs fois ; et en outre l'on a observé le syncitium chez l'homme.

Il n'est pas possible de faire, avec l'examen microscopique, une constatation différentielle absolue entre la môle bénigne et la maligne, entre celle qui doit emporter dans la suite le chorio-épithéliome et celle qui devra rester stérile, non plus qu'entre celle qui produirait des métastases et celle qui resterait localisée.

Cet examen ne nous renseigne pas mieux pour nous dire quel chorio-épithéliome ou quel nodule métastatique va revêtir ou non des caractères envahissants, malins.

A l'heure qu'il est, c'est encore le critérium clinique notre meilleur guide.

Toute femme porteuse d'une môle doit être regardée comme un candidat pour faire du chorio-épithéliome, mais pas plus que cela pour le moment.

L'expulsion incomplète de la môle ou du placenta doit commander le toucher intra-utérin et l'évacuation totale.

Si, après cette évacuation, des métrorragies se présentent qui résistent au raclage, l'on doit faire un examen histologique des produits obtenus ; s'ils avaient des caractères syncitio-choriaux, il faut procéder à l'hystérectomie ; dans le cas négatif, répéter le raclage ou non, selon les conditions du cas particulier.

Plus encore il faudra s'astreindre à cette conduite si, à la suite d'un deuxième raclage, les hémorragies reprenaient, et surtout si elles s'accompagnaient de métastases et d'une anémie profonde.

L'opération doit emporter l'utérus, les annexes et les nodules métastatiques à notre portée ; mais l'on ne doit pas s'engager dans de grands délabrements pour ceux-ci, car l'on a constaté des guérisons sans cette exérèse.

Le pronostic est moins sévère que celui d'autres épithéliomes, pourvu que l'on opère de bonne heure. C'est moins grave après la môle qu'après l'accouchement et surtout qu'après l'avortement.

BIBLIOGRAPHIE

Acconci, *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1904, p. 572. — Barozzi, *la Gynéc.*, Paris, 1904 p. 194. — Blacquer, *Rev. de Med. y Gir. prácts.* Madrid, 1906, vol. II, p. 284. — Briquel, *Tumeurs du placenta*, Paris, 1903. — Durante et Picqué, *la Gynéc.*, Paris, 1905, p. 17. — Emanuel, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 709. — Ercolanni, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 51. — Fargas, *Ginecologia*, Barcelona, 1904. — Faure, Tuffier, Reynier, etc., *Rev. de Med. y Cir. practs.* Madrid, 1905, vol. I, p. 197. — Fellner, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 683. — Frassi, *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 320. — Fruhinsholz, *la Blennorrhagie*, Nancy, p. 17. — Gottschalk, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 707. — Guicciardi, *Rev. de Med. y Cir. prácts.*, Madrid, 1904, vol. I, p. 113. — Hitschmann, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 51. — Le même, *l'Obstétrique*, Paris, 1905, p. 69. — Le même, *l'Obstétrique*, Paris, 1905, p. 63. — Huguening, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 659. — Lejars, *Rev. de Med. y Cir. prácts.*, Madrid, 1905, vol. I, p. 289. — Malcolm et H. Bell, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1904, p. 758. — Marie, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 705. — Michel, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 710. — Monod, *Rev. de Med. y Cir. prácts.*, Madrid, 1905, vol. I, p. 289. — Montanelli, *l'Obstétrique*, Paris, 1905, p. 447. — Nabuco de Gouvêa, *la Gynéc.*, Paris, 1904, p. 304. — Pinto, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 318. — René-Kœnig, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 650. — Reynier, *Rev. de Med. y Cir. prácts.*, Madrid, 1905, vol. I, p. 107. — Sfameni, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 51. — Le même, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1903, vol. II, p. 311. — Schmorl, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 315. — Scholten et Veit, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1903, vol. II, p. 147. — Stoffel, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 708. — Serafino Patellanie, *la Gynéc.*, Paris, 1905, p. 363. — Veit, *An. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1905, p. 316. — Le même, *Encyclop. de Gynéc.* traducción española. Madrid.

STATISTIQUE SUR L'AVORTEMENT ET LA MORTI-NATALITÉ

Par MM. **BRESSET** et **HONORY**.

Il y a quelques mois, MM. Doléris (1) et Bonnaire (2), le premier dans une communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, le second dans un article de la *Presse médicale*, ont attiré l'attention de leurs collègues sur l'accroissement du nombre des avortements traités dans les maternités des hôpitaux.

Déjà en 1902, M. Maygrier (3), à la *Société obstétricale de France*, avait insisté sur la fréquence, en même temps que sur les dangers des avortements criminels.

De la statistique publiée par M. Doléris et portant sur 12 services d'accouchements, il résulte que, pour les cinq hôpitaux : Tenon, Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine et Boucicaut, la proportion des avortements s'est accrue d'une façon inquiétante depuis 1898. Pour M. Doléris, elle a réellement triplé de 1898 à 1905.

M. Bonnaire a pu constater, dans son service de Lariboisière, que le nombre des avortements traités est aujourd'hui 46 fois plus élevé qu'à la Maternité il y a 80 ans.

Comme le reconnaît lui-même M. Doléris, il manque à sa statistique :

« 1° Les cas qui ne viennent pas à l'hôpital, la fausse couche étant soignée à domicile, ce qui arrive dans la classe aisée habituellement et dans les ménages d'ouvriers jouissant d'un certain bien-être ;

« 2° Les cas soignés chez les sages-femmes agréées ou libres et dans les maisons de santé ;

« 3° Les cas soignés et reconnus dans les services hospitaliers de médecine et de chirurgie ;

« 4° Enfin, les cas dans lesquels la malade n'a reçu aucun soin. »

Même si nous possédions tous ces documents, nous ne saurions en

---

(1) *Comptes rendus de la Société d'Obs., Gyn. et Pæd.*, 1905, p. 62 et 82.
(2) BONNAIRE, *Presse médicale*, 1905, p. 274.
(3) MAYGRIER, *Soc. obstétricale de France*, 1902, p. 85.

tirer que le chiffre absolu des avortements. Nous ne serions pas plus renseignés sur la proportion des fausses couches par rapport aux accouchements, et nous ne pourrions que répéter avec le professeur Pinard : « Qu'il y ait beaucoup d'avortements, je suis de cet avis; y en a-t-il plus aujourd'hui qu'autrefois ? je n'ai pu le déterminer faute de documents (1). »

Au cours de nos recherches sur la mortalité infantile (2), nous avons pu établir une statistique, qui, bien que n'étant pas impeccable, donne, sur cette question, des renseignements plus précis et plus près de la réalité.

Du 1er octobre 1905 au 31 mars 1906 (c'est-à-dire pendant 6 mois), nous avons demandé à toutes les mères de famille qui nous ont amené leur enfant à la consultation des Dispensaires de la Caisse des Écoles du VIIe arrondissement des détails sur l'époque, le nombre et la terminaison de leurs grossesses, en dehors des renseignements qu'elles nous fournissaient sur leurs enfants vivants ou décédés.

Interrogées par nous sur cette question particulièrement délicate d'avortement, en présence de médecins que plus de la moitié d'entre elles connaissent depuis plusieurs années et à propos de leurs enfants dont les deux tiers sont inscrits et soignés aux Dispensaires, il y a bien des chances pour que ces femmes nous aient répondu sincèrement. De ce côté, les causes d'erreur sont donc réduites au minimum.

Toutes nos observations concernent des femmes habitant les VIe, VIIe et XVe arrondissements, dans la proportion respective de 2/10, 5/10 et 3/10.

Les 600 *femmes dont nous avons pris les observations ont eu* 1.852 *grossesses, soit une moyenne de* 3 *par femme, dont* 187 *terminées par avortement, soit* 10,2 *pour* 100 *grossesses;* 40 *par l'accouchement d'un mort-né, soit* 2,1 *pour* 100 *grossesses ;* 1.623 *par la naissance d'un enfant vivant.*

La proportion des avortements est donc de 10,2 p. 100.

Avortements. — Ces 189 avortements se répartissent sur 132 femmes.

Donc, sur 100 femmes, 21 n'ont pu mener à bien toutes leurs grossesses.

Le tableau suivant montre que 2/3 d'entre elles ont eu un seul avortement, 1/5 2 avortements, 1/10 seulement ont avorté 3, 4 et 5 fois.

---

(1) Pinard, *Discussion à la Commission de Dépopulation*, 2 juillet 1902.
(2) Monory, *Étude sur la Mortalité infantile*. Thèse de Paris, mai 1906. G. Steinheil, éd.

NOMBRE DE GROSSESSES	NOMBRE d'observations	AVORTEMENTS					TOTAUX	
		1	2	3	4	5		
I	161						0	
II	147	13					13	18,7 °/₀
III	98	11	5				33	
IV	69	22	7				29	
V	44	28	7	2			20	43,7 °/₀
VI	24	7	4				11	
VII	15	4	2	3			9	
VIII	6	1			1		2	
IX	7				1		1	54,5 °/₀
X	10	3	1	2		1	7	
Plus de X	6	3		1		1	5	
G. gémellaires	13	1	1				2	
TOTAUX	600	93	27	8	2	2	132	

De même que la mortalité infantile est d'autant plus élevée que la famille comprend un plus grand nombre d'enfants, de même la proportion des avortements augmente avec la multiparité, et il semble bien qu'ici encore nous devons nous incliner devant la loi du parallélisme de la natalité et de la mortalité.

Notre statistique pèche cependant sur un point particulier. Recueillie dans des Dispensaires d'enfants, elle ne tient compte ni des nullipares, ni des multipares qui n'ont actuellement aucun enfant vivant. Les chiffres que nous citons dans le tableau précédent n'ont donc pas une valeur absolue.

Ceci dit, étudions notre statistique au point de vue de l'augmentation du nombre des avortements dans ces dernières années Comme nous avons toujours eu soin d'inscrire dans nos observations la date de chaque grossesse, il nous a donc été facile de les classer en deux périodes, la première comprenant toutes les grossesses d'avant 1896, la deuxième celles de 1896 à 1905, et d'établir pour chacune de ces deux périodes la proportion des grossesses terminées par avortement, par morti-natalité, par accouchement d'un enfant vivant.

DATES	NOMBRE des GROSSESSES	AVORTEMENTS	°/₀
Avant 1896	478	43	9,11 °/₀
De 1896 à 1905	1.374	146	11,81 °/₀
	1 852	189	10,27 °/₀

Le tableau qui précède accuse une différence de 3 p. 100 à peine d'une période à l'autre, et nous sommes loin de l'augmentation signalée par M. Doléris.

Nous n'avons pas la prétention de conclure d'un aussi petit nombre d'observations que la proportion des avortements est actuellement à Paris de 11,8 sur 100 grossesses, c'est-à-dire celle que nous donne notre statistique, mais nous pensons qu'en ce qui concerne la classe ouvrière qui fréquente les Dispensaires de la caisse des Écoles du VIIe arrondissement et qui est composée, partie de non indigents, partie d'indigents et de nécessiteux, elle est rigoureusement exacte.

Il est à peine besoin de dire que jamais nous n'avons posé à aucune femme la moindre question pouvant lui faire supposer que nous rattachions le ou les avortements sur lesquels elles nous donnaient des détails, à des manœuvres criminelles ou à la syphilis. C'eût été le meilleur moyen de réduire à néant les résultats de notre enquête.

Cependant, désireux de pousser plus loin le résultat de nos investigations, nous avons tenté de rechercher l'étiologie de ces avortements dans la lecture attentive et l'interprétation de nos observations.

Nous trouvons un certain nombre d'observations (11) dans lesquelles les deux ou trois premières grossesses se sont terminées par des avortements. Quelquefois même à cette série malheureuse vient s'ajouter un mort-né. De là à conclure qu'il s'agit de syphilis conceptionnelle, il n'y a qu'un pas. Nous nous serions laissés aller à le franchir si nous n'avions rencontré le fait suivant :

Le..., 29 ans { Première grossesse : 23 ans.
Dernière — 26 ans.

3 grossesses {
1re : 1899 : fausse couche.
2e : 1900 : mort-né.
3e : 1902 : enfant vivant, inscrit au Dispensaire en 1902. Bien portant.

Or cette observation, qui pourrait être considérée comme type d'infection syphilitique, a trait à une jeune femme atteinte d'un kyste du ligament large, et dont l'histoire a été rapportée par M. Couvelaire à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie* (1).

---

(1) COUVELAIRE, *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 21 juillet 1902, p. 183.

Ce qui prouve que des observations aussi succinctes sont très bonnes pour établir des statistiques, mais inutilisables comme observations cliniques.

Lorsque après la naissance de plusieurs enfants vivants se produit une série d'avortements, comme nous avons pu le constater dans 14 de nos observations, nous sommes aussi embarrassés pour les attribuer à la syphilis plutôt qu'à des manœuvres abortives, la multiparité étant par elle-même une prédisposition à l'avortement. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas avec des statistiques comme la nôtre qu'il serait possible de déterminer la part qui revient à la syphilis ou à la criminalité dans l'augmentation des avortements.

Le seul point essentiel était de savoir si l'augmentation signalée par certains accoucheurs dans leurs services correspondait à une augmentation réelle.

Si l'on s'en rapporte à notre statistique, il n'y a pas lieu de se montrer trop pessimistes, et ce n'est pas là qu'il faut chercher la cause de la crise de dépopulation dont nous souffrons en ce moment.

Est-ce à dire que tout est pour le mieux et que nous devions nous incliner devant cette constatation plutôt fâcheuse, que plus d'un cinquième des femmes ne peuvent actuellement mener à bien toutes leurs grossesses, et que sur 100 grossesses 10 n'arrivent pas à terme? Non assurément. Si les lois de la nature sont inviolables, elles sont cependant susceptibles d'être amendées. La puériculture intra-utérine date d'hier, et nous ne pourrons, avant de longues années, en reconnaître les bons effets.

MORTI-NATALITÉ. — La proportion des mort-nés relevée dans notre travail est de 2,1 p. 100 $\left(\frac{\text{40 mort-nés}}{\text{1.852 grossesses}}\right)$, un peu inférieure à celle de la Maternité, qui était de 3,5 tout au commencement du dix-neuvième siècle, et à celle de la clinique Baudelocque, qui est de 3,1 p. 100 de 1891 à 1900. Mais cette légère différence s'explique aisément par ce fait que les accouchements laborieux sont en nombre bien plus considérable à la Maternité et à la clinique Baudelocque et que, de ce fait, la proportion des mort-nés doit s'en trouver accrue.

Cette petite statistique locale confirme l'une des conclusions du rapport du professeur Pinard à la Commission de dépopulation, à savoir que la morti-natalité n'a pas augmenté depuis cinquante ans.

DES TUMEURS DU PLACENTA

Par le docteur **V. PITHA**, Privat-docent à l'Université tchèque de Prague.

(*Suite et fin*) (1).

Beneke et Dienst prétendent que les angiomes choriaux prennent leur origine dès le premier stade du développement du placenta. Dienst suppose que cette anomalie ne commence pas avant la troisième semaine de la grossesse, et par conséquent il est possible que les premières origines de l'angiome chorial ne se produisent qu'à l'époque où les vaisseaux entrent dans les villosités choriales. Nous acceptons les idées de Beneke et de Dienst parce que, d'après Beneke, cette supposition est affirmée aussi par cette circonstance, que les vaisseaux afférents et efférents du chorio-angiome sont tout à fait bien développés et ils ont en chaque circonstance le même aspect que celui que nous trouvons dans d'autres vaisseaux choriaux de même calibre, ce qui prouve un développement conforme et normal. Il faut alors que l'anomalie du développement des capillaires ne s'effectue que lorsque les vaisseaux sont entrés dans les villosités et lorsque le réseau capillaire se forme dans les villosités.

On a émis diverses suppositions au sujet de la cause du développement anormal des capillaires à cette époque.

Storch cherche à démontrer que *des changements chroniques, inflammatoires et productifs de la muqueuse utérine* sont en rapport avec la formation anormale des capillaires dans les villosités choriales et il croit à la possibilité de l'influence des parties déciduales enflammées, principalement par ce fait qu'il se trouve souvent des chorio-angiomes dans la périphérie du placenta, où il y a aussi la plus grande quantité des parties déciduales. Il regarde le développement anormal des vaisseaux comme une conséquence de l'endométrite chronique, et il pense que le tissu décidual hypertrophique, inflammatoire-

(1) Voir ces *Annales* : avril 1906, p. 232; mai 1906, p. 269.

ment modifié, peut produire de pareils changements et causer une semblable hyperplasie inflammatoire des villosités.

La pathologie de la muqueuse utérine nous enseigne que les changements endométritiques ne se produisent pas dans une partie de la muqueuse, mais que l'endométrite corporelle atteint ordinairement la muqueuse entière du corps utérin, et par conséquent la muqueuse doit être changée dans toute l'étendue de l'insertion placentaire; il faudrait alors que le placenta fût changé entièrement en angiome. Et puis on sait que l'apparition de l'endométrite chronique n'est pas chose rare, ainsi que les changements inflammatoires dans la décidua pendant la grossesse. Si ces inflammations devaient être la cause du développement des angiomes choriaux, nous devrions alors trouver cette anomalie bien plus souvent. Mais l'expérience prouve qu'il faut les classer parmi les apparitions encore très rares de nos jours. Les endométrites causent souvent les avortements et les accouchements prématurés, et dans ces cas nous devrions trouver des chorio-angiomes bien plus souvent. Mais en réalité nous n'en trouvons pas, et, d'après les cas publiés, on voit plutôt qu'on a trouvé des tumeurs placentaires lorsque l'enfant, quoique faible, était porté jusqu'à terme. L'origine du chorio-angiome d'une endométrite est contredite par la présence de cette anomalie dans un placenta de deux jumeaux. Si l'endométrite en devait être cause, nous devrions trouver des changements identiques dans les deux placentas. Vraiment dans de telles circonstances nous ne savons pas pourquoi les mêmes causes ne produiraient-elles pas les mêmes effets?

L'hypothèse de Storch est déjà réfutée par Niebergall, qui dit dans sa publication: « La stase mentionnée par Hildebrand, comme un moment étiologique, s'applique seulement à son cas spécial, mais elle ne peut être appliquée aux autres tumeurs décrites. L'affirmation de Storch, qu'il faut chercher la cause dans l'inflammation de la muqueuse utérine n'est pas non plus motivée. On ne peut considérer l'endométrite chronique comme cause primaire, parce que dans ce cas il serait impossible de s'expliquer pourquoi on ne trouve pas ces changements chez les jumeaux comme sur un placenta, quoique l'endométrite produise le même effet sur les deux placentas. Dans le cas exactement examiné par v. Alin, v. Mars et aussi dans le nôtre (Niebergall) il n'y avait point de symptômes inflammatoires de la muqueuse utérine; et enfin ce ne sont pas les parties déciduales qui sont atteintes de maladie, mais les parties cho-

riales. Ni la néphrite, ni la syphilis ne peuvent servir de moment étiologique, parce que les signes caractéristiques de ces maladies manquent complètement aux tumeurs. Si on exclut la stase sanguine, les maladies de la muqueuse utérine, lues et néphritis, il faut avouer, que l'étiologie de ces tumeurs nous est encore bien obscure. »

Nous sommes certainement d'accord avec Niebergall en ce qui concerne l'endométrite, syphilis et néphritis, et nous considérons comme impossible l'hypothèse de Storch concernant l'influence de l'endomètre pour l'origine du chorio-angiome.

Van der Feltz et Albert semblent aussi ne pas admettre que l'endométrite pût être la cause du chorio-angiome, quand même une grande partie du placenta eût été atteinte par cette formation, car, à l'exception de deux ou trois cas, les tumeurs n'étaient point en rapport avec la paroi utérine, mais elles en étaient séparées par une couche assez solide du tissu placentaire.

V. Mars établit un rapport entre les changements inflammatoires *sur les parties fœtales* et le développement du chorio-angiome, et il motive cette opinion par cela, que partout dans le voisinage il a trouvé une zone où se trouvaient des villosités comprimées, collées par une matière amorphe, qu'il a prises pour une production inflammatoire. Il pensait aussi que dans certaines villosités et même dans la tumeur il y avait un tissu semblable au tissu de granulation (tissu conjonctif embryonnaire), ce qu'il regardait comme une raison suffisante pour affirmer que les changements angiomateux dans les villosités sont d'une origine inflammatoire, et qu'alors le processus inflammatoire dans les parties fœtales est l'apparition primaire et le chorio-angiome la secondaire.

De tels changements dans le voisinage de la tumeur, tels que les a décrits v. Mars, se trouvent aussi dans les placentas tout à fait normaux, et les images répondent aux endroits auxquels Ackermann a donné le titre d'« infarctus placentaires », et où il ne s'agit de rien autre que de changements nutritifs dans certaines zones du tissu placentaire, provoqués par la circulation altérée du sang. Ces endroits n'ont alors rien de commun avec le développement du chorio-angiome et ils ne font que prouver que dans les environs de cette anomalie surviennent facilement des changements secondaires de la circulation altérée du sang, ce qui arrive dans le dépôt de fibrine et dans la dégénération des villosités.

Dans sa publication sur les tumeurs placentaires, Dienst, qui s'occupe amplement de la question d'étiologie, présente une idée assez singulière

de l'origine du chorio-angiome. Il cherche la cause du chorio-angiome dans les troubles de *la circulation des vaisseaux maternels*. Il porte d'abord son attention sur les cas où il s'agissait de primipares déjà « plus âgées ». Ce qui nous semble assez singulier, c'est l'idée qu'il a de prendre cette circonstance pour la plus importante, puisque dans son premier cas il s'agissait d'une femme accouchant pour la dix-septième fois et dans son deuxième d'une femme grosse pour la deuxième fois.

Mais cette discordance est d'une importance secondaire pour Dienst, il poursuit son argumentation par l'idée que la cause de la stase, qui doit susciter l'anomalie du développement des capillaires des villosités choriales, est peut être l'artériosclérose qu'il a constatée dans son premier cas, chez la femme accouchant pour la dix-septième fois, et c'est ce qui lui fait assigner le premier rang seulement aux cas où paraît le chorio-angiome chez « les primipares plus âgées ».

Dans le deuxième cas, il a trouvé que la femme avait une maladie de cœur. C'est pourquoi il tâche de démontrer que les troubles dans la circulation du sang maternel chez les artérioscléreuses et les cardiaques sont en rapport avec les tumeurs placentaires.

Cette hypothèse nous paraît inadmissible. Admettons que Dienst ait eu raison, en ce que chez l'artérioscléreuse commence une stase de la grande circulation maternelle, ainsi que dans les maladies du cœur, et que cette stase se manifeste sur la muqueuse utérine. Cette cause est sûrement générale et c'est pourquoi elle doit s'effectuer dans la muqueuse utérine tout entière. Mais ici nous ne pouvons nous représenter de quelle manière cette stase de la grande circulation maternelle doit produire des difficultés de la circulation du sang seulement dans une partie du placenta et comment cette stase peut susciter une altération dans la circulation des vaisseaux fœtaux et causer ainsi l'origine du chorio-angiome, puisqu'il est connu que le développement du système sanguin chez le fœtus est tout à fait indépendant de la pression sanguine dans les vaisseaux maternels. Si, comme le prétend Dienst, la stase de la grande circulation maternelle est la cause du développement du chorio-angiome, alors cette étiologie devrait être démontrée en plus de deux cas, et bien entendu d'une manière naturelle, et par conséquent les chorio-angiomes devraient se développer plus souvent chez les femmes enceintes atteintes d'une maladie de cœur.

Cette hypothèse ne nous dit point de quelle manière la stase se produit dans les petites parties des vaisseaux du chorion frondosum.

Nous ne sommes pas d'accord avec l'idée de Dienst sur l'étiologie des chorio-angiomes, cherchant la propre force de l'impulsion du développement anormal des capillaires sortant de l'allantoïde dans l'augmentation de la pression sanguine dans la grande circulation du sang chez la mère atteinte d'artériosclérose ou de maladie du cœur.

Aucune des hypothèses mentionnées jusqu'ici ne nous a donné une explication satisfaisante sur l'origine des chorio-angiomes, pas plus celle des états inflammatoires de la muqueuse utérine (Storch), que celle des inflammations des villosités choriales (v. Mars), ni l'hypothèse de l'augmentation de la pression du sang maternel supposée par Dienst.

Une complication surprenante des chorio-angiomes est l'apparition imprévue de l'hydramnios (Clarke, Hildebrand, Breus, Kramer, v. Steinbüchel, v. Mars, Orlov, Beneke).

On pourrait exclure les cas où il s'agit en même temps de deux jumeaux (Breus, Kramer, v. Steinbüchel, v. Mars), parce qu'on sait par expérience que l'hydramnios est une complication fréquente chez les jumeaux, et chacun acceptera mieux l'idée que l'hydramnios est plutôt en rapport avec les jumeaux qu'avec le chorio-angiome. Mais il nous reste encore quelques cas exactement examinés, où le chorio-angiome était compliqué d'hydramnios et où l'on n'a pas trouvé une autre cause de la présence de l'hydramnios. Il paraît vraisemblable que l'hydramnios, dans ce cas, prenne son origine comme chez les jumeaux, par suite de la difficulté de la circulation du sang dans les vaisseaux du placenta fœtal. Il faudrait chercher le rapport entre le développement de l'hydramnios et le chorio-angiome seulement dans les vaisseaux du placenta.

La découverte *des vaisseaux gorgés de sang* aboutissant à la formation d'une tumeur, telle qu'elle est décrite dans le plus grand nombre des cas, n'est pas une apparition fortuite, et il faut considérer qu'il y a un rapport entre l'engorgement localisé des vaisseaux dans le chorio-angiome et entre l'origine de l'hydramnios, et surtout lorsqu'il s'agit d'un chorio-angiome plus étendu.

Tout en considérant l'état modifié de la circulation du sang dans le chorio-angiome, examinons maintenant plus attentivement les rapports des vaisseaux du fœtus avec ces formations.

Déjà Hildebrand a trouvé dans son cas une insertion marginale du cordon ombilical et de là des vaisseaux tendus et tordus allant directe-

ment à la tumeur. Dans ce cas, il démontra qu'il s'agissait d'une stase sanguine dans la partie du placenta répondant à ces vaisseaux, et il affirma que, soit par la torsion soit par la tension variqueuse des vaisseaux, une stase sanguine devait se produire dans la zone correspondante, causant une production anormale des vaisseaux capillaires dans les villosités.

On trouve semblable circulation difficile du sang dans le cas de Hyrtl, qui décrit le pédicule du chorio-angiome, lequel avait l'aspect « d'un cordon en miniature » et dans lequel couraient des vaisseaux en spirale. Il est possible de faire dériver la stase du sang d'un cours particulier des vaisseaux tournant en spirale.

Dans d'autres cas, on peut attribuer la difficulté de la circulation du sang à un long cours anormal des vaisseaux allant du cordon ombilical au chorio-angiome. Cette idée serait prouvée par les cas où le *chorio-angiome* se présente comme un placenta succenturiata (Bode, Schmorl, Albert, Krauss), ou bien encore où se trouve une insertion vélamenteuse du cordon (Merttens, Krauss).

La difficulté de la circulation du sang dans les parties éloignées des villosités est d'autant plus grande, que la veine fait, dans son long parcours, une courbe angulaire dans la partie de l'insertion du cordon. Cette courbe peut aussi progresser pendant la grossesse.

V. de Feltz ne veut pas se prononcer absolument sur cette étiologie de ces formations, mais il dit que, dans le cas de Hildebrand, il y a beaucoup de moments qui accusent la stase comme propre cause, et d'après son opinion ce cas n'est pas unique. Beneke attribue aussi ces formations du chorio-angiome à une stase de sang.

La relation des vaisseaux funiculaires avec les vaisseaux allant au chorio-angiome mérite une observation toute particulière et dans beaucoup de publications nous trouvons des descriptions exactes sur le passage direct des vaisseaux « du cordon à la tumeur ».

Hildebrand fait grand cas de cette circonstance qu'il y a des vaisseaux partant du cordon qui vont directement à la tumeur. Storch décrit aussi deux grandes branches de vaisseaux (artères et veines) partant du cordon ombilical et allant tout droit au chorion jusqu'au centre de la tumeur. Dans le cas de Hodgen, une veine de la grosseur de la veine jugulaire et une artère grosse comme l'artère radiale partaient du cordon ombilical et allaient droit à la tumeur. Guéniot décrit que, du cordon ombilical excentriquement inséré, deux gros vaisseaux passaient par-dessus la tumeur. Dans le cas de Alin, un vaisseau partant du cordon ombilical

pénétrait dans les petites tumeurs. Bode, Schmorl ont trouvé deux vaisseaux (artère et veine) gros comme une plume d'oie et engorgés, allant du cordon ombilical à la tumeur. Merttens décrit qu'il n'a trouvé, dans le pédicule qui liait la tumeur au chorion, que des vaisseaux gorgés de sang, et ceux-ci passaient comme une grosse corde sous l'amnios et allaient jusqu'au cordon ombilical, qui avait une insertion vélamenteuse. Dans le cas d'Albert il y avait une insertion marginale du cordon, duquel deux branches de vaisseaux allaient à la tumeur, qui se trouvait dans la partie opposée du placenta. De même v. der Feltz a trouvé dans son cas une insertion marginale du cordon, et de là partaient deux vaisseaux gorgés de sang sans embranchement et passaient par-dessus la tumeur. Osterloh a décrit, comme Orlov, chez une primipare de 18 ans un chorio-angiome placé au bord du placenta, auquel allaient deux vaisseaux partant de l'insertion du cordon. Bretschneider a suivi de l'insertion du cordon jusqu'à la tumeur un gros vaisseau tordu pénétrant dans la tumeur. Oberndofer décrit un vaisseau tout à fait thrombosé, partant du cordon et allant directement à la tumeur. La tumeur elle-même, ainsi que les vaisseaux des villosités entourant le chorio-angiome étaient gorgés de sang, d'où il suit qu'il s'agissait de la difficulté de la circulation du sang dans toute cette partie du placenta. Solowij a trouvé que deux gros vaisseaux partant du cordon ombilical passaient au-dessus de toute la partie changée du placenta. Dans le cas de Dienst, il y avait une artère et une veine qui, du cordon ombilical, allaient directement à la tumeur.

Dans tous ces cas on a constaté, comme nous, *qu'il y a toujours des vaisseaux partant du cordon ombilical pour aller au chorio-angiome*, et alors que *les chorio-angiomes sont alimentés par des branches sortant directement de l'artère et de la veine funiculaire sans embranchement.*

Ce fait, qu'il y a des vaisseaux qui vont directement du cordon ombilical au chorio-angiome a donné à v. der Feltz l'idée de faire dériver l'origine du chorio-angiome d'un tassement anormal de tissu conjonctif gélatineux autour du vaisseau funiculaire, lequel prend son embranchement dans l'insertion du cordon. L'hypothèse de l'auteur est peu vraisemblable, et lui-même n'a pu s'en servir, pour expliquer l'origine du chorio-angiome, que dans un seul de ses deux cas. Les autres motifs contre cette hypothèse ont déjà été indiqués plus haut.

Albert explique l'origine de ces formations de la manière suivante: Quand les vaisseaux s'étendent, au sortir de l'allantoïde, avec le cho-

rion, dans les parties déciduales, lesquelles sont devenues le terrain de leur développement, ensuite, comme par hasard, c'est-à-dire par des causes qui nous sont encore inconnues, une branche de vaisseaux se sépare à une certaine distance du cordon, mais ne trouve aucun terrain décidual, outre celui du chorion, qui l'entoure à son développement typique, puis elle croît atypiquement et d'une vigueur propre au tissu embryonnaire. D'après cela, suivant la part prise par le tissu conjonctif muqueux chorial, ou par le tissu conjonctif fibreux, ou par les vaisseaux, il se développe ou des myxomes, ou des fibromes, ou des angiomes ou leurs nuances.

Il résulte clairement de cette description, qu'Albert accorde une autre dérivation à l'origine du chorio-angiome et qu'il croit à un développement anormal et *tardif* d'une certaine partie limitée du chorion frondosum. Si le développement du chorio-angiome était tel qu'il l'a décrit, alors nous ne devrions jamais trouver des parties déciduales dans le voisinage direct du chorio-angiome. Mais les recherches macroscopiques et microscopiques contredisent cette hypothèse. C'est-à-dire que la surface de la tumeur touche la décidua et qu'il y a des travées de tissu décidual qui passent entre les lobules des chorio-angiomes. Il en résulte que la surface de la tumeur est étroitement en contact avec les parties déciduales et que par conséquent cette formation anormale a atteint « le terrain » décidual et que son origine n'a pas besoin de s'attarder dans son développement avec les autres parties du chorion frondosum.

En tête de toute cette description du chorio-angiome il faut placer *deux faits*, que nous trouvons presque dans tous les cas publiés.

Premièrement, ce sont les modifications de la circulation dans les parties terminales des vaisseaux placentaires fœtaux, stase sanguine, laquelle macro et microscopiquement est la marque la plus remarquable.

Deuxièmement, c'est ce caractère distinct, cité par Ribbert comme le plus important pour l'angiome, *que les chorio-angiomes forment un tout, lequel a sa circulation propre et n'a qu'un seul lien vasculaire*, et que ce lien vasculaire *sort directement du vaisseau funiculaire*.

Beaucoup d'auteurs ont vu dans la stase de sang la propre cause du développement de l'angiome. Jores (1) affirme qu'il a réussi à provoquer

(1) Jores, *Virchow's Archiv*, Bd. CLXI. Hft. 3.

chez des chats, par la ligature de la veine *hépatique*, une stase dans le foie, laquelle stase causait le développement de l'angiome. S'il en est ainsi, que l'on puisse obtenir la formation angiomateuse par la ligature de la veine, alors on peut juger, par analogie, que même dans les cas de chorio-angiome c'est la stase du sang qui cause le développement de ces formations.

Cette stase est localisée seulement en un certain endroit des vaisseaux placentaires. C'est pourquoi il faut chercher la propre cause de la stase et par conséquent du chorio-angiome, non dansl es relations générales des vaisseaux du chorion sortant de l'allantoïde, mais dans des conditions locales.

Nous pensons que le développement anormal ou le cours anormal *des vaisseaux du chorion*, comme par exemple *une courbure considérable des vaisseaux à l'insertion du cordon*, ou *l'élargissement variqueux de la veine*, *un cours trop en vrille*, *une torsion exagérée* ou *des vaisseaux surdistendus* (insertion vélamenteuse ou placenta succenturiata), en un mot toutes les circonstances conduisant à un obstacle dans la circulation ou à un *rétrécissement considérable des vaisseaux*, peuvent causer une stase de sang dans les parties correspondantes du chorion frondosum.

La stase de sang pourrait être suffisante pour donner l'impulsion à la production anormale de l'endothélium capillaire et au développement rapide et simultané du tissu embryonnaire autour des capillaires multipliés et de cette manière causer LA FORMATION DE L'ANOMALIE TÉLANGIECTASIQUE, LOCALISÉE DANS LES VILLOSITÉS CHORIALES.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à mon très honoré maître et ancien chef, le professeur Charles Pawlik, pour la complaisance qu'il a eue de mettre à ma disposition les ressources et matériaux cliniques nécessaires à mon travail.

BIBLIOGRAPHIE

JOHN CLARKE. — Account of a tumour found in the substance of the human placenta. *Philos. Transaction*, London, 1798.

DANYAU. — *Gazette médicale de Paris*, 1844, p. 372.

LOEBL. — *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, R. 1844.

HARPER. — *The Lancet*, 1852, vol. I.

VIRCHOW. — Myxoma fibrosum placentæ. *Die krankhaften Geschwülste*, Bd. I, p. 414.

HILDEBRAND. — Myxoma fibrosum placentae bei Schwangerschaft in einem Uterus unicornis. *Monatsschrift f. Geburtskunde*, 1868, Bd. XXXI, p. 346.
HYRTL. — *Die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt*, Wien, R. 1870.
STORCH. — *Virchow's Archiv*, Bd. LXXII, Heft 4.
GOODHART. — *Obstetrical Transactions*, XIX, 1877.
STORCH. — Fälle von sogen. partillem Myxom der Placenta. *Virchow's Archiv*, 1878, Bd. LXXII.
HODGEN. — *British medical Journal*, 1879.
BREUS. — Ueber das Myxoma fibrosum der Placenta. *Wiener med. Woch.*, 1880, Bd. XL.
FENOMENOV. — Zur Pathologie der Placenta. *Archiv f. Gynækologie*, 1880, Bd. XV.
GALABIN. — *Obstetrical Transactions*, XXIV, 1882, 1885.
MARK LACENT. — Cyst and tumour of Placenta. *Obstetrical society of London*, avril 1883.
AUVARD. — *Bulletins et Mémoires de la société obstétricale et gynécol. de Paris*, 1887. — *Archives de Tocologie*, 1888, p. 120.
GUÉNIOT. — *Bulletins et Mémoires de la société obstétricale et gynécol. de Paris*, 1888.
DUPIN et CHABAUD. — *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 1889, III, p. 73.
KRAMER. — Ueber Fibrom des Chorion. *Bericht über die Verhandlung der Gesellschaft für Geburtsh. und Gynæk. zu Berlin. Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, p. 335.
ACKERMANN. — Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. *Festschrift für Virchow*, Bd. I, 1891.
V. STEINBUCHEL. — Zwei Fälle von sogenanntem Myxoma fibrosum placentæ. *Centralblatt f. Gynækologie*, 1892, Nr. 25.
LAZAREVIC. — *Cours d'obstétrique*. Pétersbourg, 1892.
ALIN. — Om placentarwoulster. *Nordisk medicinsk. Archiv*, Bd. XXIII, Nr. 4, 1895.
BODE und SCHMORL. — Tumoren der Placenta. *Archiv für Gynækologie*, 1898, Bd. LVI, p. 73.
BODE. — *Centralblatt für Gyn.*, 1895, Nr. 34, *Gyn. Gesellschaft zu Dresden*, 11 juin 1895.
LEOPOLD. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, Nr. 34. *Gyn. Gesellschaft zu Dresden*, 11 juin 1895.
MERTTENS. — Beiträge zur normalen und pathol. Anatomie der menschlichen Placenta. Ein Fall von Hyperplasie der Chorionzotten. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1895, Bd. XXXI, Hft. 1.
A. R. v. MARS. — Angioma myxomatodes disseminatum placentae. *Monatsschrift für Geburtsh. u. Gyn.*, Bd. IV, Heft III, p. 229.
ORLOV. — *V. N. Vrac*, 1896, Nr. 51.
NIEBERGALL. — Ueber Placentargeschwülste. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 5.
ALBERT. — Beiträge zur Pathologie der Placenta. *Archiv für Gyn.*, 1898, Bd. LVI, p. 151.
VAN DER FELTZ. — Zur Kenntniss der Placentartumoren. *Monatsschrift f. Geburtsh. und Gyn.*, 1900, Bd. XI, Hft. 4.
OSTERLOH. — Vers. Deuts. Naturforscher und Aerzte zu München. *Centr. f. Gyn.*, 1899, Nr. 40.
HOJNACKI. — *Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft*, Berlin, 1900. *Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1902, Bd. XVI, p. 934.
BENEKE. — *Przeglad lekarski*, 1901, Nr. 1.
BRETSCHNEIDER. — Bericht aus der Gesellschaft f. Geburtsh. zu Leipzig. *Centralblatt f. Gyn.*, 1901, Nr. 48, p. 1316.
S. OBERNDOREER. — Ein Fall von Chorioangiom. *Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, Bd. V, Hft 2, p. 282.
CALDERINI (Bologna). — Von IV internationalen Gynaekologenkongress in Rom. *Centralblatt f. Gyn.*, 1902. Nr. 46, p. 1234.
CALDERINI. — Ergänzungsheft, 1903, Ueber einer Placentartumor. *Monatsschrift für Geburtsh u. Gyn.*, Bd. XVII.
HOEHL. — Med. Gesellschaft zu Chemnitz. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd. XVI, Hft. 2, p. 259.
A. SOLOWIJ. — Zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Placenta. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd. XVI, Hft. 4, p. 619-745.
A. DIENST. — Ueber den Bau u. Hystogenese der Placentargeschwülste. *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie*, 1903, Bd. XLVIII, Hft. 2.
E. KRAUSS. — Angiom der Placenta (Aus der Geburtshülflichen Klinik, Vorstand: Hofrat Prof. Dr. F. Schauta und dem pathologischen Institut, Vorstand: Prof. Dr. R. Paltauf in Wien). *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1903, Bd. L, Hft. 1.
A. LABHARDT. — Beiträge zur Kasuistik der Placentartumor (Chorioma placentae et Haematoma deciduae serotinae. *Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynaekologie*, 1904, Bd. VII, Htf. 2.
SCHICKELE. — Die Angiome der menschlichen Placenta. *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie*, Bd. IX, Heft. 3, p. 481.

REVUE CLINIQUE

ANURIE PUERPÉRALE. — DÉCAPSULATION DU REIN. — MORT.

Par **HENRI HARTMANN**.

Observation. — Mme X..., âgée de 27 ans, a eu un premier enfant à l'âge de 21 ans. L'accouchement normal a été suivi d'éclampsie et d'une albuminurie qui a disparu au bout de quelques mois. A 24 ans, une fausse-couche de 3 mois, sans incident. A 25 ans, deuxième accouchement à terme, de même sans incident.

Le 6 mars 1905, la malade est de nouveau accouchée à terme d'un enfant : l'accouchement s'est fait normalement, la délivrance a été rapide. Rien de particulier à noter, à part de la diarrhée pendant les 8 jours qui ont précédé l'accouchement.

Quarante-huit heures après, le 8 au soir, la température monte à 38°,2 ; le 9, à 39° ; le 10, à 39°,3 ; on commence alors des lavages intra-utérins à l'oxycyanure de mercure ; le 11, au moment d'un lavage intra-utérin, il y a sensation d'étouffement, 39°,5 ; le 12, la température, de 39° le matin, monte à 40° le soir ; pendant toute la journée, la malade n'émet pas une goutte d'urine. Cette anurie persiste les jours suivants, elle s'accompagne de vomissements, de selles bilieuses, glaireuses, un peu sanglantes.

Le 16, le professeur Gilbert voit la malade et prescrit de la macération de rognons de porc. L'anurie continuant et l'état général s'aggravant, nous sommes appelé le 18.

La malade est abattue, dans un état de demi-torpeur, son facies est pâle ; elle répond assez bien aux questions, tire la langue lorsqu'on le lui demande, mais la laisse dehors et ne la rentre que lorsqu'on lui enjoint de le faire : les pupilles sont normales, contractiles ; il y a toujours de la diarrhée et des vomissements. L'examen de l'abdomen et de l'utérus ne révèle rien de particulier. Avec la sonde nous retirons 20 centimètres cubes d'urine trouble, un peu colorée par du sang. La densité est de 1.013 ; il y a 7 gr. 68 d'urée par litre ; pas de cylindres, mais des leucocytes et quelques hématies.

On décide de continuer la macération de rognons de porc, de donner de l'eau lactosée et de faire des injections sous-cutanées de sérum.

Le lendemain 19 mars, l'état restant le même, nous décidons avec le professeur Gilbert de faire la décapsulation du rein droit.

Celui-ci est rapidement découvert; il se décapsule immédiatement, dès que son enveloppe est incisée, et apparaît turgide, de couleur foncée; un drain est laissé à son contact et le reste de la plaie est réuni.

Le 20 mars, on recueille 75 centimètres cubes d'une urine trouble, difficilement clarifiée par filtration, d'odeur ammoniacale; on y trouve des leucocytes en grand nombre, des hématies, quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de l'albumine en quantité. Urée : 6,3 par litre; chlorures, 5,75. Il y a toujours des selles liquides ; un vomissement noirâtre ; le facies est toujours pâle ; le pouls à 120 ; la température de 36°,8.

Le soir, température, 37° ; un peu de somnolence.

Le 21 mars, on recueille encore 75 centimètres cubes d'urine. Température, 36°,7; pouls, 116; les vomissements et la diarrhée ont cessé ; les pupilles sont normales ; il y a eu pendant la nuit un peu d'agitation, mais ce matin la malade est plutôt somnolente.

Elle tombe dans le coma pendant l'après-midi et meurt dans la soirée.

Nous croyons devoir publier cette observation sans commentaires, pour la verser au dossier de l'histoire de la décapsulation dans l'anurie puerpérale, cette question étant actuellement à l'étude.

L'opération, en nous montrant un rein turgide, se herniant et se décapsulant immédiatement après l'incision de sa capsule, établit bien que l'organe était le siège d'une compression intense et que par conséquent la décapsulation était indiquée, malgré l'insuccès de notre intervention.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séances de janvier, février, mars, avril (fin).

A. FRUHINSHOLZ. — **De l'opération césarienne répétée chez la même femme. Adhérences utéro-pariétales et pronostic fœtal** (1).

A. COUVELAIRE. — **Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios** (2).

M. POZZI. — **Présentation de pièces.**

a) Corps fibreux sous-péritonéal chez une femme enceinte de trois mois et demi. Laparotomie. Énucléation. Guérison.

b) Grossesse interstitielle de la corne droite de l'utérus simulant un corps fibreux. Métrorragie grave. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.

M. LE LORIER. — **Décollement prématuré du placenta au cours du travail. — Mort du fœtus. — Rigidité du col. — Signes menaçants d'hémorragie interne et de tétanisation de l'utérus. — Opération césarienne conservatrice. — Guérison.**

Femme de 26 ans. — 1re grossesse en 1899. Accouchement spontané à terme. Enfant mort à 5 semaines d'érysipèle.

2e grossesse en 1902, accouchement prématuré à 8 mois. *Enfant mort au cours du travail.* La malade aurait fait cet accouchement à l'hôpital Saint-Louis, où l'on n'a pu nous donner sur elle aucun renseignement. D'après ses dires, elle aurait eu une hémorragie assez forte après l'accouchement.

3e grossesse. Grossesse actuelle. Même père pour les 3 grossesses. Dernières règles du 2 au 6 mai 1905. Présentation du sommet non engagé en droite transversale. Bassin normal. Pas d'albumine dans l'urine.

A son entrée le 25 janvier 1906, à 1 heure du matin, la sage-femme de garde l'examine : elle trouve une présentation du sommet en voie d'engagement en droite transversale. Les bruits de cœur sont normaux, au lieu d'élection. Le col est en voie d'effacement, les membranes sont intactes. Pas d'albumine dans l'urine. L'état général de la malade est bon, sa température normale, son pouls à 88. Les douleurs reviennent avec peu de fréquence et une faible intensité jusqu'à 6 heures du matin.

---

(1) Communication parue *in extenso* dans les *Annales*, mars 1906.

(2) Communication parue *in extenso* dans les *Annales*, mars 1906.

A 8 heures et demie du matin, la sage-femme de garde constate que les bruits du cœur se modifient et fait prévenir la sage-femme en chef, Mme Léger, qui arrive immédiatement; elle est tout de suite frappée par la pâleur de cette femme, pâleur qui venait de se produire. Le pouls est petit, à 90, l'utérus est dur comme du bois, l'auscultation est absolument négative. Au toucher, l'orifice utérin largement entr'ouvert n'est pas complètement effacé, l'orifice externe est souple, mais l'orifice interne, présentant la dimension d'une pièce de 2 francs, est circonscrit par un rebord dont la dureté et la rigidité ne sauraient être comparées qu'à celles d'un anneau de fer. Mme Léger rompt les membranes; il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique *clair*. L'état de l'utérus ne se modifie pas après cette opération. Aucun écoulement sanguin par la vulve.

Peu après, MM. Ribemont-Dessaignes et Le Lorier voient la malade et font les mêmes constatations, mais dans l'intervalle l'état de la malade s'était aggravé, la pâleur était très accentuée, le pouls était très petit et à 96, les douleurs presque permanentes. Le diagnostic ne semble pas douteux: il s'agit d'une hémorragie rétro-placentaire.

Mais, d'une part, l'aspect hémorragique de la malade (dont le pouls devient par moments imperceptible, dont les muqueuses sont décolorées et qui présente, en outre, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles), d'autre part, la tétanisation de son utérus distendu appellent une intervention rapide. L'état du col fait rejeter absolument toute idée d'intervention par les voies naturelles; que la moindre fissure se produise dans l'anneau de fer qu'est à ce moment l'orifice interne, il s'en suivra une déchirure dont la direction et l'étendue ne sauraient être prévues.

L'opération césarienne est pratiquée à 11 heures par M. Ribemont-Dessaignes, la malade étant endormie au chlorure d'éthyle d'abord, puis l'anesthésie continuée à l'éther.

Après incision de la paroi abdominale, l'utérus apparaît avec un aspect tout à fait spécial. Le péritoine pré-utérin est comme décollé par un léger épanchement sous-séreux non hémorragique; il est même déchiré en un point, sur une étendue de 1 à 2 centimètres.

L'utérus lui-même est dur, violacé, ponctué de petites ecchymoses.

L'incision de l'utérus tombe en plein sur le placenta qui est complètement décollé. Un flot de sang liquide et de caillots, dont 400 grammes seulement ont pu être recueillis, s'échappe de la cavité utérine. On extrait l'enfant, qui naturellement ne présente aucun signe de vie.

Avant de refermer l'utérus, on prélève un fragment du muscle utérin pour examen histologique, ce fragment est placé aussitôt dans du sublimé acétique.

Sutures de l'utérus à la soie.

A ce moment, l'utérus est mou comme un mouchoir chiffonné et ne réagit à aucune excitation, cet état se prolonge à tel point que l'on hésite à le laisser en place. Coup sur coup, 4 grammes d'ergotine sont injectés à la malade; enfin, après une attente de huit à dix minutes, l'utérus finit par se contracter, on referme alors le ventre par trois plans sans drainage.

Suites très simples, la malade sort guérie le 15 février 1906.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 2.800 grammes; le placenta, 450 grammes. Son aspect était normal; le cordon mesurait 64 centimètres de long. Il n'y avait pas de circulaires ni de nœuds entraînant sa brièveté accidentelle. Nous avons vu que les urines étaient normales.

La cause du décollement du placenta reste donc inconnue.

Sur les préparations histologiques du fragment de muscle utérin, on voit nettement, en un point probablement rapproché de la séreuse, une infiltration hémorragique légère tendant à dissocier les fibres musculaires et qui répond aux constatations faites *de visu* de petites taches ecchymotiques à la surface de l'utérus. Le reste de la musculaire paraît tout à fait sain.

Il semble bien que l'on doit considérer ces petites hémorragies comme le premier stade d'un processus qui aurait abouti à une rupture de l'utérus progressant de dehors en dedans, de la musculeuse vers la muqueuse.

Ces constatations histologiques, faites à distance du col, sont à rapprocher des constatations cliniques faites sur l'orifice interne du col, et qui résultaient vraisemblablement des modifications anatomiques analogues.

M. Richelot. — **Sur un cas de métrite cervicale.** — Femme de 25 ans. Entéro-colite depuis l'âge de 18 ans. A 21 ans, avortement. Suites pathologiques: colpotomie, curettage; le docteur Cardenas constate l'existence d'une entéro-colite muco-membraneuse et d'une métrite cervicale. Il guérit la métrite cervicale par trois cautérisations au caustique de Filhos, et du même coup les signes d'entéro-colite disparaissent.

L'observation de M. Cardenas est bien faite pour démontrer l'importance des lésions du col dans les douleurs et les troubles fonctionnels que présentent certaines femmes.

Il est curieux, d'ailleurs, de voir ces réactions dépendre quelquefois de lésions peu profondes ; on peut être certain qu'il s'agit alors d'un terrain propice, d'une femme très nerveuse. Permettez-moi de vous rappeler comment j'entends la question. Je ne crois pas trop vite aux symptômes éloignés de la métrite, et j'estime qu'on a tort de mettre sur son compte tous les phénomènes généraux, toutes les localisations du neuro-arthritisme, dyspepsie, constipation rebelle, névralgies diverses. J'ai soutenu que la vraie métrite, la métrite infectieuse, a pour uniques symptômes la pesanteur pelvienne, les douleurs lombaires et la leucorrhée muco-purulente. Chez les femmes peu nerveuses, la douleur est souvent très atténuée ou même nulle, et seule la leucorrhée abondante les porte à nous consulter; les symptômes généraux n'existent pas, et la guérison locale de la métrite est le seul problème à résoudre. D'autre part, on trouve souvent à côté de la métrite, et sans relation avec elle, les diverses manifestations de l'arthritisme, et il faut se garder de prendre ces troubles généraux pour des signes éloignés de l'infection pelvienne, puisque avec des lésions toutes pareilles d'autres malades n'en ont pas trace; seulement, chez ces nerveuses, si la métrite ne crée pas l'état général, elle intervient pour l'aggraver.

Dans l'observation de M. Cardenas, il y avait une entéro-colite muco-membraneuse bien caractérisée. Et ce n'est pas là le moins intéressant ; car il en résulte que cette maladie si controversée est, comme on se décide enfin à l'admettre, une affection nerveuse. Je rappelle encore mes vieux souvenirs : il y eut un temps où le système nerveux florissait — il mérite encore de tenir le premier rang dans nos conceptions — où l'action réflexe était toujours là pour expliquer une colite superficielle desquamative, banale, non constante, dont les rares autopsies qu'on a faites, expliquent mal les phénomènes et l'évolution de l'entérite muco-membraneuse ; au contraire, la fréquence de celle-ci sur le terrain névropathique, les relations constatées de l'entéro-spasme avec les lésions de l'appendice, des trompes, de la vésicule biliaire, la guérison ou l'amélioration très marquée de l'intestin par l'intervention chirurgicale sur ces divers organes, sont les éléments qui nous permettent de juger la question. Ce qui est vrai pour le rein et la vésicule biliaire peut être aussi vrai pour le col de l'utérus, et ce fait de la disparition complète et définitive de l'affection intestinale par la guérison rapide d'une métrite cervicale, prouve bien qu'une action nerveuse primitive, dans

l'espèce un réflexe à long circuit, comme le spasme du gros intestin, l'hypersécrétion et tous les phénomènes secondaires.

M. Pinard. — Les femmes neuro-arthritiques présentent très souvent des manifestations du côté de la peau ou des muqueuses au printemps et à l'automne, de février à avril et du mois d'août à octobre. Ce sont les deux poussées saisonnières le plus fréquemment observées. Parmi ces manifestations, la folliculite du col de l'utérus tient pour ainsi dire le premier rang et détermine alors des symptômes dominants. Que le caustique filhos fasse disparaître plus rapidement que tout autre traitement cette folliculite, je veux bien l'accepter, mais dans ces cas bien d'autres moyens réussissent. Je crois même que l'expectation permettrait de voir la disparition de ces accidents. Je vais répéter une formule banale, mais dans l'espèce je la crois vraie : Cette manifestation n'est qu'une manifestation locale d'un état général et en plus une manifestation passagère.

Tous les traitements locaux ne sont que des palliatifs, que des traitements symptomatiques et ne peuvent constituer un traitement curatif, que seuls réalisent l'hygiène et surtout le régime. Quand je dis curatif, je veux dire que par l'hygiène et par le régime on parvient à atténuer, à amoindrir l'intensité des manifestations, mais rarement à les faire disparaître définitivement.

Aussi, sans vouloir porter atteinte à la puissance du caustique filhos, reconnaissant son action bienfaisante dans des cas déterminés, je ne puis admettre que son action s'étende victorieusement à toutes les manifestations neuro-arthritiques.

M. Pozzi. — Il ne faut pas que le public médical considère que nous avons le moyen de guérir l'entérite muco-membraneuse par la cautérisation du col avec le caustique filhos.

M. Monod. — J'ai volontiers recours au caustique filhos non seulement dans les ulcérations du col qui résistent au traitement par les tampons glycérinés et les injections, mais aussi pour les cols simplement gros avec sensation de pesanteur locale et troubles généraux d'ordre réflexe. La cautérisation limitée de ces cas à la surface du col, en évitant de toucher à l'orifice, m'a paru agir à la façon du cautère des anciens, pour diminuer le volume du col ou agir à distance sur le corps.

M. Richelot. — Pinard doute que la malade dont je vous ai rapporté l'histoire soit guérie à tout jamais de son entéro-colite muco-membraneuse. Moi aussi, j'en doute. J'ai noté une évidente relation de cause à effet entre la guérison de la métrite et la disparition rapide et complète des phénomènes abdominaux, voilà tout. Mais je n'ignore pas qu'une arthritique nerveuse dont l'intestin a souffert ne manque pas de prétextes pour retomber malade, et je ne garantis rien pour l'avenir.

J'ai noté une relation inattendue entre l'état du col et l'entéro-colite ; cela ne veut pas dire que toutes les femmes qui souffrent de l'intestin ont un col à cautériser, mais cela veut dire que l'entéro-colite est une affection nerveuse,

qui peut être provoquée, aggravée, entretenue par un réflexe dont l'origine est au col utérin, à l'appendice, à la vésicule biliaire ou ailleurs.

Ce que j'ai voulu mettre en lumière, c'est l'importance des réactions lointaines provoquées, chez certaines femmes, par une simple métrite cervicale, alors que la métrite « n'a pas de symptômes généraux » qui lui soient propres et, hors du terrain névropathique, n'amène dans la santé que des troubles insignifiants.

M. Pinard. — Il me semble que l'on peut préciser les indications du caustique filhos en disant qu'il est surtout applicable à la métrite infectieuse. Il me paraît exagéré de vouloir l'employer pour les cols si souvent atteints de folliculite, alors même qu'il existerait une entéro-colite membraneuse concomitante. On peut dire que certaines granulations du col ressemblent à certaines granulations de la gorge, qui s'aggravent plutôt sous l'influence des interventions et guérissent facilement par la simple hygiène.

Je fais également des réserves quant au point de départ du spasme réflexe qui produit l'entéro-colite : il y a des malades qui, après une appendicectomie, ont vu leurs troubles intestinaux réflexes disparaître ; il y en a d'autres chez lesquels ces troubles ont persisté.

A mon avis, il convient plutôt de rechercher l'origine du réflexe dans l'insuffisance des émonctoires, ce qui conduit à appliquer un traitement hygiénique, très souvent efficace.

M. Richelot. — Pas plus qu'un appendice non infecté, il ne faut opérer un col sans métrite, et je répète que les cols simplement congestionnés des neuro-arthritiques sont hors de cause. Les pertes blanches, même abondantes, ne me suffisent pas ; souvent il s'agit d'une hypersécrétion glandulaire provoquée par la congestion utérine. Le critérium, c'est la sécrétion muco-purulente. C'est alors que le traitement local est opportun, et qu'au milieu des troubles variés que présente la femme, il faut comprendre le rôle que joue l'utérus et ne pas négliger la métrite cervicale.

M. Potocki. — **Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus** (1).

M. Pinard. — Je ne saurais trop féliciter Potocki de la décision qu'il a prise. Dans un cas que j'ai publié, je me suis reproché d'avoir fait une symphyséotomie alors que je venais de montrer aux élèves réunis dans l'amphithéâtre que la rupture utérine était en train de se produire.

Je crois qu'il est nécessaire de bien faire ressortir le cortège symptomatique qui nécessite l'accouchement par la voie haute. Ces éléments principaux, en dehors du défaut de proportion entre la tête et le bassin, sont ceux que Potocki a mis en relief dans son observation : 1° œdème de la lèvre antérieure du col ; 2° tétanisation de l'orifice interne du col ; 3° forme de l'utérus en sablier; 4° œdème du segment inférieur. Comme l'a bien démontré Wallich, tout tissu infiltré a perdu son élasticité et est exposé à se rompre. Dans de telles

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, mai 1906.

conditions la symphyséotomie ne peut pas donner de bons résultats. Dans le cas auquel je viens de faire allusion, nous avons fait une symphyséotomie et extrait un enfant vivant, mais il y a eu rupture utérine qui a nécessité une amputation de l'utérus et la femme est morte. Aussi lorsque chez une femme ayant un bassin rétréci « limite » on constate les signes indiquant qu'une rupture utérine est à craindre, il ne faut pas attendre et on doit pratiquer l'opération césarienne.

M. Champetier de Ribes. — Je m'associe à ce qu'a dit M. Pinard, nous avons tous vu de ces faits et nous devons regretter de n'avoir pas suivi la conduite tenue par Potocki dans le cas qu'il nous communique aujourd'hui.

REVUE ANALYTIQUE

Cholécystite durant les suites de couches (Cholecystitis im Wochenbett). CHRISTIANI, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 45.

A l'occasion de deux faits de cholécystite qu'il relate, dont l'un s'était manifesté plusieurs jours *post partum* et l'autre déjà durant la gestation, l'auteur étudie cette complication intéressante.

Il note d'abord la pénurie de ces travaux dans la littérature médicale, en particulier dans la littérature allemande, fait mention d'un certain nombre de travaux français, et spécialement des trois dernières observations de cholécystite rapportées par Doléris, Potocki et Pinard, puis se résume de la façon suivante: « S'il se fût agi d'un empyème de la vésicule biliaire au lieu d'une cholécystite, très vraisemblablement la fréquence du pouls n'aurait pas fixé mon attention. Et cependant la vie de l'accouchée dépend souvent de la rectitude du diagnostic. Dans le cas de Rose, les accidents étaient allés jusqu'à la rupture de la vésicule, et, dès lors, la laparotomie, même immédiate, ne pouvait plus sauver la malade. Mais ce n'est pas seulement la déchirure, la rupture de la vésicule qui menace la vie de la femme; la vésicule peut être le foyer d'origine de pyémie générale. On sait que pendant la grossesse le tissu hépatique, par suite du surmenage que lui impose une hyperactivité des mutations nutritives, est en état d'infériorité contre les infections (invasions bactériennes, atteinte du tissu hépatique plus faciles, etc.). Au cas d'abcès du foie, de pyémie généralisée consécutive, terminés par la mort, le vrai diagnostic, même à la nécropsie, échappe maintes fois par la facilité trop grande à ranger les cas sous la rubrique *affection puerpérale*, etc.

« Certes, il est convenable de rapporter d'abord à l'infection puerpérale toute élévation thermique durant les suites de couches, mais il ne faut pas, par exagération dans l'application de ce principe, méconnaître d'autres maladies. Nous devons, *en l'absence de symptômes nets dans la sphère génitale*, et lorsqu'il s'agit de fièvre de suppuration, nous souvenir que la fièvre peut avoir son origine à la vésicule biliaire, à l'appendice. En conséquence, *il faut éliminer ces deux sortes de maladies avant de poser le diagnostic de pyémie puerpérale.* »

En ce qui concerne la *thérapie*, l'auteur écrit : « En général, il faut dans le puerpérium saisir le bistouri plus vite qu'en dehors de cet état. Comme il a été déjà dit, dans les suites de couches comme dans les premières périodes de la grossesse, l'extension de l'infection au tissu hépatique est plus facile que dans les conditions ordinaires. Et, d'autre part, grossesse et état puerpéral n'empirent pas les suites opératoires. »

R. L.

Une myomectomie et une ovariotomie pour fibromes pendant la grossesse : travail à terme dans les deux cas (A myomectomy and an ovariotomy for fibroma during pregnancy : labour at terme in both cases). A. DORAN, *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 297.

Le premier fait concerne une femme de 28 ans, chez laquelle, à deux mois environ de grossesse, on constata un fibromyome utérin, qu'en raison de sa situation intra-pelvienne profonde, on supposa pouvoir être, à terme, une cause grave de dystocie. A cause de cela, Doran fit, après cæliotomie, l'extirpation de la tumeur dont il sutura la poche, etc. *Les suites opératoires* furent excellentes, et l'accouchement, bien qu'un peu long, se fit à terme et très heureusement.

Le second fait, plus rare, fut observé chez une femme de 25 ans, mariée depuis 14 mois. On constata chez elle, vers le 3ᵉ mois de la gestation, une tumeur qui occupait le flanc droit, ferme, nettement solide et très mobilisable, à la gauche de laquelle on reconnaissait l'utérus, qui dépassait un peu le pubis et qui était fortement refoulé à gauche. On pensa qu'il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire ou peut-être d'un fibrome utérin sous-séreux pédiculé, diagnostic qui, à défaut d'une intervention, pouvait faire redouter soit une torsion axiale de la tumeur, soit, à cause de sa mobilité, son enclavement dans l'excavation et aussi toutes les conséquences d'un tel enclavement au moment de l'accouchement. En conséquence, *il fut procédé à l'enlèvement de la tumeur et par la voie abdominale*. Cette tumeur était reliée par un mince pédicule non directement à l'ovaire, mais à la partie postérieure du méso-salpinx de la trompe; le pédicule s'étant spontanément rompu, le chirurgien extirpa la racine, la portion d'implantation du néoplasme, ce qui laissa une solution de continuité, une effraction dans le feuillet postérieur du méso-salpinx. Par crainte d'hémorragie, à cause de l'entame du méso-salpinx et de la turgescence des vaisseaux par l'effet de la grossesse, Doran excisa le ligament large droit et les annexes droites, — mais laissa *in situ* les annexes gauches. A l'ouverture du ventre, on avait constaté la présence — particularité d'ailleurs assez commune dans les cas de fibromes de l'ovaire — d'une quantité assez notable de sérum sanguin, libre dans la cavité péritonéale. *Suites opératoires* excellentes, *accouchement* à terme, heureux; suites de couches parfaites; ultérieurement, nulle tendance à la hernie ventrale. En dépit du défaut d'une connexion directe entre la tumeur et l'ovaire au moment de l'intervention, il fut conclu par l'anatomo-pathologiste, H. Williamson, du *Museum of G. Bartholomew's Hospital*, qu'il s'agissait indiscutablement d'un *fibrome de l'ovaire*.

« Il est indiscutable, écrit A. Doran, que, dans un cas comme le précédent, le mieux est d'opérer sans attendre délivrance et rétablissement après les suites de couches. L'ovariotomie, en cours de grossesse, comporte très peu de risques pour la mère, et non beaucoup pour l'enfant. L'importante monographie d'Orgler établit le fait, et ses conclusions sont fortifiées par les statistiques encore plus complètes de M. Kerron. Ce dernier a rassemblé les relations de

480 ovariotomies faites durant la gestation. Par une analyse critique laborieuse des faits, cet auteur fait voir que la *mortalité opératoire absolue*, dans cette série, s'abaisse à 9 p. 100 Quant à la mortalité fœtale, elle se réduirait à 18,6 p. 100. Or, tandis que l'ovariotomie pratiquée au cours de la gestation s'est montrée si satisfaisante, l'expérience a enseigné que le délai de l'acte chirurgical après l'accouchement peut être suivi de mauvais résultats, etc. »

« La nature de la tumeur dans cette observation présente de l'intérêt : *tumeur solide* de l'ovaire. Ce serait toutefois une erreur de tenir ce type de tumeur pour très rare. Briggs et moi-même en avons extirpé plusieurs. (Les travaux de Swan et surtout celui de Fairbain sont à consulter.) »

L'auteur résume ensuite un certain nombre de faits qui démontrent l'importance qu'il y a à faire de bonne heure un diagnostic exact, afin de pouvoir intervenir à temps et ainsi éviter les grosses difficultés qui pourraient compliquer un accouchement à terme, etc. « Essayer de réduire *sub partu* une tumeur intra-pelvienne est, conformément au jugement de Bland-Sutton, contraire à tous les principes de chirurgie. Il peut se faire que la tumeur pelvienne soit un rein prolabé, comme dans les cas de Semon (de Dantzig), où il fut opéré avant le travail. Or, des tentatives imprudentes de refoulement, combinées peut-être avec des ponctions hasardeuses, auraient pu tuer la femme. Les dangers de faire éclater un dermoïde plein de graisse et de cheveux sont évidents. En résumé, conclut l'auteur, *dans les cas que j'ai décrits, les demi-mesures sont mortelles, tandis qu'une chirurgie résolue s'est montrée efficace, victorieuse.* »

R. L.

Gangrène de l'utérus puerpéral, métrite dissécante (Gangrena uteri puerperalis, metritis dissecans). K. Schmidlechner, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 3, p. 515.

Obs. — 27 ans, 4 accouchements antérieurs normaux. Environ 2 mois après les dernières règles, surviennent des pertes de sang, qui sont suivies d'un écoulement abondant, fièvre continue, grande diminution des forces, nécessité de garder le lit. Après avoir cru à un avortement, la gravité de l'état fait songer à un chorio-épithéliome. Hospitalisation de la malade. *Examen*: Femme fébricitante, bien développée, mais maigre, pâle, donnant l'impression d'un état grave. Seins normaux, ventre tendu, hypogastre sensible à la pression. Organes génitaux externes livides, un peu gonflés, vagin large, portion vaginale du col volumineuse, tuméfiée, molle. De l'orifice externe, perméable à un doigt, sort un liquide fétide, sale, « gris noir », mêlé de débris de tissu.

La cavité du col s'élargit par en haut. De la paroi antérieure de l'utérus, dans la région de l'orifice interne, part un tissu spongieux, déchiqueté, mou, en décomposition, dont le pôle inférieur fut vraisemblablement détaché au cours de l'examen. A sa place existe, dans la paroi antérieure du col, une cavité aux dimensions d'une noisette, amincissant beaucoup cette paroi. Dans la grande cavité de l'utérus, on constate une surface semblable, inégale, infiltrée, partie dure, partie déchiquetée. Utérus gros comme le poing, mou, un peu sensible, antéfléchi. L'*examen histologique* d'un fragment de tissu, très prudemment enlevé, montre que la plus grande partie était constituée par du tissu utérin nécrosé ; par endroits, un réseau fibrineux fin, de grandes quantités de cellules mortes, non reconnaissables ; dans les intervalles, des détritus cellulaires, des granulations pigmentaires, du sang et des cellules du pus. Les symptômes ayant rapidement empiré, on pratiqua l'*hystérectomie vaginale totale*. L'utérus enlevé mesure 11 centimètres, dont 3 centimètres pour le col. Sur la surface de section, il est manifeste que la plus grande partie

de la musculeuse de la paroi du col et du tiers inférieur du corps de l'organe est transformée en une masse en décomposition, sale, gris noirâtre, qui tranche vivement sur le tissu sain. Le processus est au plus haut degré dans la paroi antérieure de l'utérus, où par points le tissu sain est réduit à 2 millimètres à peine. Dans la partie supérieure de la matrice, la musculeuse est tout à fait intacte, gonflée, à structure lamellaire. Endométrium très vascularisé et sombre. L'enveloppe séreuse paraît épaissie et injectée au niveau des zones les plus atteintes. De nouveaux examens histologiques établissent qu'il s'agissait bien d'un *processus nécrotique* ; mais des conditions fâcheuses furent cause qu'on ne put utiliser la pièce pathologique pour des examens bactériologiques.

A l'occasion de ce fait, l'auteur étudie *la gangrène de l'utérus puerpéral, processus infectieux grave de la matrice, produisant une nécrose plus ou moins étendue de la musculeuse utérine et aboutissant, quand la malade ne meurt pas avant, au détachement et à l'expulsion de la partie nécrosée.* La métrite disséquante ne serait, en réalité, qu'un type de ce processus. La symptomatologie est caractéristique et son diagnostic facile quand on a soi-même fait l'accouchement, au cours duquel ou durant les suites de couches duquel il se développe. Dans le cas contraire, il peut y avoir confusion.

Les symptômes essentiels sont : phénomènes généraux graves du puerpérium, retard de l'involution, présence d'une masse nécrotique, spongieuse, dans l'utérus œdématié, écoulement sale, putride. Le diagnostic différentiel présente particulièrement des difficultés quand des symptômes ressemblants sont provoqués par des noyaux fibreux intra-muraux ou sous-muqueux gangrénés, etc. (anamnèse, examens histologiques).

La lésion essentielle consiste dans des thromboses veineuses plus ou moins étendues, origine des lésions de nécrose que présentent les éléments anatomiques voisins.

Au point de *vue bactériologique*, les recherches de Berkmann, Dobbert, Daschkewitsch et Gottschalk sont concordantes : dans les tissus morts, on a trouvé partout des streptocoques, formant soit un type de diplocoque, soit de courtes chaînettes ; ces microorganismes étaient surtout nombreux au sein des masses de tissu contenues dans les vacuoles particulières aux zones frappées par le processus, ainsi que dans les vaisseaux sanguins. Dans les vaisseaux, les microorganismes se placent suivant les parois ; l'intima se décolle, se recroqueville et se nécrose ; en d'autres points, les cocci obstruent la lumière des vaisseaux sous forme de thrombus. Dans les 3 cas qu'il a observés, Beckmann trouva un microorganisme en forme de bâtonnet, colorable par le Gram, bactérie de putréfaction d'après lui. Il ne fut jamais trouvé de germes dans les parties saines de la matrice. Dans les causes du processus, il faut aussi faire intervenir des conditions *prédisposantes :* longueur du travail, compressions prolongées et excessives des tissus maternels, la syphilis récente (Sjromjätnikoff), le diabète (Lipmann), des contractions utérines anormales (Ruge), l'administration malencontreuse du seigle ergoté (Walthard), l'emploi excessif de solutions trop concentrées au cours de suites de couches fébriles (Gottschalk). On sait, d'autre part, qu'une altération primitive des tissus, un amoindrissement de leur résistance vitale, peuvent suffire à faire apparaître un pouvoir viru-

lent chez des microorganismes inoffensifs sur des tissus sains (expériences d'Ahlfeld, de Walthard).

Le *pronostic* reste sévère, mortalité de 30 p. 100 (Beckmann). L'accident à redouter, c'est la perforation de l'utérus avec sa conséquence, *péritonite* aiguë ou, dans les cas heureux, pelvi-péritonites, limitées par des adhérences. Le *traitement* doit être surtout *prophylactique*. En cas de maladie déclarée, l'imminence de la perforation de la matrice commande les plus grandes réserves sous le rapport des manœuvres intra-utérines. Mais la persistance et la gravité des accidents légitiment l'enlèvement de l'utérus.

R. L.

Grossesse salpingienne survenue après l'hystérectomie vaginale. Avortement. M. Vautrin, *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1906.

En 1891, extirpation, par morcellement vaginal, d'un fibrome utérin, du volume d'une tête de fœtus à terme, à une femme de 29 ans, qui avait subi des poussées de salpingite. L'extirpation du fibrome, pratiquée par Vautrin, avait été assez facile; mais, en raison des adhérences pelviennes, une bonne partie de la trompe gauche et l'ovaire correspondant avaient été abandonnés dans le bassin.

Après sa guérison, la malade conserva des règles un peu irrégulières et presque insignifiantes. Vautrin vérifia que la trompe était restée ouverte dans la cicatrice vaginale et qu'elle laissait suinter de temps en temps un peu de sang.

En 1900, la malade présente des accidents singuliers abdominaux. Vautrin constate une tumeur pelvienne. Par l'orifice vaginal salpingien s'écoulait un liquide brun, fétide. Il y avait des frissons et un état de septicémie marquée. Un stylet introduit dans la trompe indiqua une rétention dans cette trompe. Débridement de l'orifice et extraction, d'une cavité assez vaste, des caillots et des débris putréfiés d'un fœtus de trois mois environ.

Il était donc survenu chez cette femme une grossesse tubaire, suivie d'un avortement tubo-vaginal. La guérison fut simple.

L'auteur trouve dans ce fait un argument de plus en faveur de l'hystérectomie abdominale, qui permet de ne pas laisser dans le bassin des débris adhérents de trompe ou d'ovaire.

Grossesse coexistant avec le diabète (Pregnancy associated with Diabetes). Magnus H. Tate, *Amer. Journal of obstetrics*, 1906.

Après avoir rapidement rappelé les travaux antérieurs parus sur la question, l'auteur relate une observation personnelle, qu'il fait suivre de la relation très succincte de 22 autres cas pris dans la littérature médicale et de l'étude analytique de ces 23 faits ; il dégage les particularités suivantes : *a*) sur ce nombre, 12 guérisons, 11 morts, soit une *mortalité maternelle* de 48 p. 100; la

mortalité *fœtale*, qui n'est pas fixée, est néanmoins indiquée comme ayant été très élevée; *b*) 19 multipares, 4 primipares ; des 4 primipares, *une mourut* ; des 19 multipares, *dix*.

Dans un des cas, la menstruation persista durant toute la grossesse. Dans deux cas, il y avait excès du liquide amniotique; une des femmes mourut, l'autre guérit. Dans un cas, la présence du sucre dans le liquide amniotique fut mise en évidence; la femme mourut du diabète, 8 mois après être accouchée. Dans un cas, l'urine de l'enfant contenait du sucre; mère et enfant ont vécu.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas der Cystoskopie des Weibes, par WILH. ZANGEMEISTER. Enke, éditeur, Stuttgart, 1906.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'atlas de cystoscopie de Zangemeister au moment de l'apparition des premiers fascicules de cet ouvrage. Les deux derniers fascicules, qui viennent de paraître, donnent l'image en couleur de l'aspect de la vessie dans la cystocèle, le cancer du col, les myomes utérins, l'antéflexion, les salpingites, les abcès ouverts dans la vessie, etc.

Atmokausis und Zestokausis, par LUDWIG PINCUS. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1906.

Dans le volume qu'il publie aujourd'hui, Pincus reprend la question de l'ébouillantement de l'utérus, qu'il avait déjà abordée antérieurement dans une série de mémoires. On y trouve un historique complet de la question, l'exposé de l'instrumentation, de la technique à suivre, des indications et contre-indications de la méthode. Ceux que cette question intéresse sont ainsi à même de trouver, réunis dans un même volume, tous les documents actuels sur la vaporisation intra-utérine.

The operative treatment of prolapse and retroversion of the uterus, par J. INGLIS PARSONS. John Bale, sons, and Danielsson, éditeurs, London, 1905.

Dans cet ouvrage, reposant sur une expérience de vingt ans, Inglis Parsons, après avoir exposé l'anatomie du pelvis dans ses rapports avec le prolapsus utérin, la situation normale de l'utérus, le rôle respectif du plancher pelvien et des ligaments dans le maintien de cette situation, les causes générales du prolapsus et de la rétroversion, étudie le prolapsus et les rétrodéviations, puis les opérations conseillées dans de pareils cas. On trouve dans cet opuscule,

bien édité, illustré de 28 dessins ou schémas, la description détaillée du procédé spécial à l'auteur (injections interstitielles de sulfate de quinine dans la base du ligament large, procédé que nous avons déjà mentionné dans ce recueil (voir *Annales*, 1900, t. II, p. 368).

Grundriss der gynäkologischen Operationen, par M. Hofmeier. Franz Deuticke, éditeur, Leipzig et Wien, 1905.

Le traité de gynécologie opératoire de Hofmeier, traduit autrefois en français, est bien connu de nos lecteurs. La publication de sa quatrième édition allemande mérite cependant d'être annoncée ici. A bien des points de vue, c'est un livre nouveau. Ce n'est plus simplement, comme autrefois, un manuel à l'usage des étudiants, c'est un ouvrage que le gynécologue peut consulter avec fruit. Les descriptions des opérations y sont plus détaillées que dans les éditions antérieures ; l'exposé d'interventions plus rares s'y trouve, enfin le nombre des dessins a été très augmenté. Tout en restant principalement un traité de technique opératoire, l'ouvrage d'Hofmeier contient cependant quelques parties cliniques, les notions indispensables pour poser utilement les indications opératoires. A ce point de vue, l'auteur, s'appuyant principalement sur sa pratique personnelle, insiste sur l'étude des résultats éloignés des interventions, seul moyen de savoir quand une opération est bien réellement indiquée.

Étiologie, diagnostic et traitement des hémorragies utérines. Exposé des méthodes d'étude des organes génitaux, leur anatomie, leur pathologie, par Snéguireff, 3e édition, 310 figures (en russe).

Dans cette troisième édition, Snéguireff reprend l'étude des douleurs utérines, décrit les nouvelles méthodes opératoires et ajoute de nombreux dessins (plus de 100). L'idée directrice est restée la même : faciliter pour le médecin la connaissance des maladies de la femme, des moyens d'exploration et résumer l'exposé de trente ans de pratique.

Revue de la clinique obstétricale et gynécologique de Buenos-Ayres. M. Marana, éditeur.

Cette nouvelle revue a pour directeur le docteur E. Canton, et pour rédacteurs les docteurs Bazterrica, Luis Guesmes, Zarate, Revilla et Mollinari. Son but est de publier les faits intéressants observés dans les cliniques de Buenos-Ayres. Le premier numéro (janvier-février 1906), fort bien édité et illustré de bonnes planches, fait honneur aux gynécologues argentins ; nous leur souhaitons le succès auquel ils ont droit.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

BUT ET FONCTIONNEMENT DE « L'ŒUVRE DE LA MATERNITÉ »

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE NANCY

Par A. HERRGOTT.

L'Œuvre de la Maternité, de Nancy, est destinée à encourager l'allaitement maternel; elle a été fondée en 1890.

Les œuvres philanthropiques comme les « Gouttes de lait » peuvent rendre de grands services, en permettant de donner aux nourrissons un lait de bonne qualité; mais l'allaitement artificiel, quelque parfait qu'il puisse être, ne remplacera jamais l'allaitement au sein, et surtout l'allaitement au sein maternel.

Le docteur Ledé, dans une communication faite, en 1890, au Congrès des Sociétés savantes, a montré, en s'appuyant sur un grand nombre d'observations, que le danger de mourir pour l'enfant nouveau-né est d'autant plus grand qu'il est éloigné de sa mère et placé au biberon à un moment plus rapproché de sa naissance.

Cette mortalité est surtout considérable si l'enfant est un enfant illégitime et s'il est placé au biberon dès la première semaine de sa vie.

Chargé, depuis 1887, de la clinique obstétricale de Nancy, j'avais, à plusieurs reprises, essayé de parfaire la différence entre le prix d'une nourrice au sein et celui d'une nourrice au biberon, soit 5 francs par mois, afin que le nourrisson puisse avoir du lait de femme, être nourri au sein. Mais ce moyen était insuffisant et n'atteignait que très imparfaitement le but que je me proposais; je ne revoyais plus ces enfants placés en nourrice, et, de plus, l'enfant ne bénéficiait pas de ces soins si nécessaires que seul l'amour maternel peut donner.

J'ai donc pensé mieux faire en insistant auprès des femmes de mon service, pour arriver à obtenir qu'elles allaitent leurs enfants, et, pour atteindre le but, je leur promettais une gratification, si, un mois après leur sortie de la Maternité, elles rapportaient leur nourrisson en bon état.

En agissant ainsi, j'espérais que l'enfant trouverait pendant les pre-

mières semaines de sa vie, semaines si dangereuses pour lui, un aliment en rapport avec ses capacités digestives, l'estomac de l'enfant étant physiologiquement constitué pour digérer du lait de femme, tout comme l'estomac du veau est fait pour digérer du lait de vache !

Cet enfant, *normalement* nourri et *maternellement* soigné, deviendra plus robuste ; sa résistance aux invasions microbiennes sera dès lors augmentée, et les infections gastro-intestinales, si fréquentes chez les enfants élevés au biberon, seront en grande partie évitées.

Voici quel est, depuis 1890, le fonctionnement de cette œuvre dite *de la Maternité*, véritable œuvre d'*amorcement* de l'allaitement maternel, ainsi que je l'ai fait connaître, en 1901, à la Société obstétricale de France.

Les femmes qui ont accouché à la Maternité reviennent avec leur enfant un mois après leur sortie.

On pèse leur enfant, on compare son poids à celui qu'il avait quatre semaines auparavant, et on donne une gratification, variable suivant l'augmentation obtenue, la manière dont ces enfants sont soignés et aussi suivant le nombre des enfants qu'elles ont déjà.

Une femme qui n'a qu'un enfant et dont le mari est bien portant aura une gratification moindre que celle qui aura été abandonnée par le père de son enfant, car cette dernière aura eu plus de difficultés à surmonter pour arriver au but désiré.

La mère de famille qui a de nombreux enfants en bas âge recevra un secours supérieur à celui qui sera alloué à la mère dont les enfants peuvent travailler et apporter un gain utile à la communauté.

C'est le mercredi de chaque semaine que ces distributions ont lieu.

Après avoir pesé les bébés, on examine les seins de leurs mères et on leur donne quelques conseils sur la manière dont elles doivent nourrir leurs enfants, puis le chef de service leur délivre un bon, que l'économe de la Maternité paiera sur sa présentation.

Pour qu'une femme puisse obtenir cette gratification, il faut qu'elle n'ait quitté l'hôpital que sur l'autorisation du médecin traitant. C'est un moyen de maintenir les accouchées dans leur lit jusqu'au neuvième jour : sans cela, beaucoup quitteraient le service avant ce terme fixé.

L'adresse des demeures de ces femmes secourues se trouve toujours sur le bon délivré, ce qui permet à un inspecteur des enfants assistés de vérifier la véracité des indications données.

Nos ressources sont variables.

Un généreux donateur, M. Thiéry, a légué au Conseil général de Meurthe-et-Moselle 20.000 francs, pour que la rente, 666 francs, en soit affectée à l'Œuvre de la Maternité.

Le Conseil municipal de Nancy, dans sa séance du 3 mars 1892, a, sur la proposition de MM. Léon Grillon et Victor Parisot, voté, dans le même but, une subvention annuelle de 1.000 francs. Les étudiants de l'Université nous envoient souvent le montant des quêtes faites dans leurs fêtes. L'Administration des usines Solvay, de nombreuses personnes qui s'intéressent à cette œuvre, donnent, et donnent parfois généreusement, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des cotisations annuelles.

Souvent aussi, des mères heureuses, à la naissance d'un enfant, se souviennent de celles qui sont dans le besoin et montrent, par leurs oboles, combien avait raison ce poète anonyme, ami de notre œuvre, quand il disait que :

« La Fraternité sainte unit tous les berceaux ! »

En quinze ans, du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1905, on a distribué 39.020 francs et secouru 3.499 mères qui étaient venues accoucher à la Maternité.

Voici le tableau récapitulatif annuel des recettes et des dépenses, ainsi que celui des femmes secourues :

Années	Mères secourues	Recettes	Dépenses
—	—	—	—
1890	7	200 fr. »	69 fr. »
1891	54	667 fr. »	475 fr. 20
1892	120	3.214 fr. 40	1.548 fr. 40
1893	144	2.204 fr. 90	2.365 fr. 35
1894	189	3.560 fr. »	2.524 fr. 80
1895	222	3.159 fr. 90	3.321 fr. 60
1896	224	2.455 fr. »	2.740 fr. »
1897	244	3.035 fr. »	3.208 fr. »
1898	319	4.776 fr. 50	4.523 fr. »
1899	298	2.550 fr. 50	2.720 fr. 90
1900	231	2.595 fr. »	1.886 fr. »
1901	249	2.230 fr. »	2.209 fr. »
1902	262	2.615 fr. »	2.665 fr. »
1903	283	3.210 fr. »	2.910 fr. »
1904	319	2.105 fr. »	3.205 fr. »
1905	334	2.675 fr. »	2.649 fr. »
Total. .	3.499	41.253 fr. 20	39.020 fr. 25

Je n'insisterai pas davantage sur le fonctionnement de l'Œuvre de la Maternité. On a vu que son but est de mettre le nouveau-né dans des conditions physiologiques et hygiéniques capables de lui permettre d'éviter ces infections du tube digestif, si meurtrières dans les premiers mois de la vie.

En permettant de vivre à ceux qui sont nés, on atténuera aussi, un peu, dans les limites du possible, les effets de la dépopulation dont souffre notre pays.

Mais à côté de son action hygiénique directe, l'Œuvre de la Maternité a une influence morale qui a son importance. Non seulement nos gratifications, en *amorçant* l'allaitement au sein, diminueront cette effrayante léthalité des enfants élevés au biberon, mais elles donneront aux sentiments maternels qui sommeillent au fond du cœur de chaque femme le temps de se développer.

Ceux qui dirigent des Maternités, n'ignorent pas avec quelle facilité une malheureuse accouchée se sépare parfois d'un nourrisson, qui l'empêche de retrouver une place sans laquelle elle ne pourra vivre.

Cet abandon ne se fera plus, quand on aura laissé à cet enfant, qui n'a que sa faiblesse pour se défendre, le temps de sourire ! Sa mère, n'étant plus pressée par la nécessité et sentant qu'on s'intéresse à elle, s'occupera de lui, le soignera, le nourrira, le sauvera.

Et lui, par l'éclosion des sentiments qu'il a fait naître dans le cœur de sa mère, la régénèrera !

L'AVORTEMENT ÉPIZOOTIQUE, OU INFECTIEUX, DES FEMELLES DOMESTIQUES PEUT-IL ÊTRE UNE CAUSE D'AVORTEMENT CHEZ LA FEMME

Par **ÉMILE THIERRY**, correspondant national de l'Académie de médecine (1).

Dans aucun des travaux des auteurs français que j'ai pu consulter, je n'ai trouvé le moindre fait pouvant faire soupçonner cette cause. Flandrin, Zündel, Saint-Cyr, Violet, Nocard, Galtier, Ory, Lignières, qui ont étudié avec soin l'avortement épizootique, ne rapportent aucune observation de transmission du microbe de cet avortement infectieux des femelles domestiques à la femme.

Cependant, le professeur Moussu, d'Alfort, auquel j'ai posé la question, m'a dit dernièrement posséder dans ses dossiers deux ou trois observations, d'ailleurs inédites, tout à fait identiques à celle que j'apporte aujourd'hui à l'Académie. Je dois ajouter que le fait a été recueilli par M. le docteur Devoir, de Villeneuve-sur-Yonne, auquel j'en laisse tout le mérite.

Il y a quelques jours, cet honorable praticien me fit demander si je connaissais des faits de contagion de l'avortement épizootique de la vache à la femme; je lui répondis négativement, ajoutant que je croyais parfaitement à la possibilité d'une telle infection, plusieurs maladies contagieuses étant transmissibles des animaux à l'homme, ou de l'homme aux animaux. Je lui demandai en même temps de me donner quelques renseignements complémentaires sur son observation, que je soumis verbalement au docteur Moussu.

Chez la vache, sous le coup de l'infection abortive, l'accident arrive avec peu ou pas de symptômes prémonitoires. Quelquefois cependant, notamment chez les primipares, on observe les signes précurseurs d'une parturition normale.

La bête a toutes les apparences de la santé; l'appétit et la rumination

---

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, le 19 juin 1906.

ne sont point troublés; la sécrétion mammaire n'a subi aucune modification ou altération apparente; il n'y a ni coliques ni violents efforts expulsifs; le rejet du fœtus se produit très facilement, et s'il est jeune, les enveloppes fœtales complètes l'accompagnent; c'est-à-dire que l'œuf est expulsé en bloc. Les choses se passent de cette façon quand l'accident a lieu au 4e mois de la gestation ou environ. Si au contraire elle est plus avancée, il peut survenir quelques complications, comme la rétention des enveloppes fœtales dont l'extraction donne beaucoup de peine à l'opérateur. Le fœtus qui n'a que 4 mois, est ordinairement mort. S'il a 6 mois, ou plus, il peut sortir vivant, pour mourir, en général, après une, deux ou trois heures au plus.

L'avortement infectieux, disent Nocard et Leclainche, est surtout observé chez la *vache*; la *brebis* est moins exposée et l'accident est rare chez la *chèvre*. L'infection est assez fréquente chez la *jument*, bien que les conditions habituelles de l'entretien soient peu favorables à la contagion. Elle est exceptionnelle chez la *truie*. Il est douteux que des avortements d'origine infectieuse soient observés chez la *chienne* et chez la *chatte*.

Voici l'observation textuelle transmise par le docteur Devoir, et qui montre, sinon une identité absolue, du moins la plus grande analogie avec ce qui se passe chez la vache, seule femelle chez laquelle j'ai plusieurs fois observé cet accident :

C'est en janvier 1905, dit M. Devoir, que j'ai été appelé auprès de la vachère du château de B..., pour un avortement survenu sans cause connue au quatrième mois. Expulsion de l'œuf *en bloc*, c'est-à-dire membranes intactes et placenta expulsés en même temps que le fœtus. Celui-ci était mort et n'a pas, comme il arrive quelquefois, fait quelques mouvements des membres.

Je n'ai pu incriminer ni la syphilis, ni l'anémie, ni la tuberculose chez cette femme, très robuste. Le mari est également très solide. Je ne crois pas non plus avoir eu affaire à une insertion vicieuse du placenta, car, dans ce dernier cas, l'expulsion se serait faite plutôt en deux temps et eût été précédée d'une hémorragie, qui n'a pas eu lieu. L'écoulement sanguin a suivi et non précédé l'expulsion fœtale.

Bien entendu, je n'ai trouvé aucun signe d'avortement criminel.

C'est donc en recherchant les causes que j'ai appris ceci :

A cette époque même et depuis plusieurs mois, les 5 à 6 vaches de l'étable étaient atteintes d'avortement épizootique et avaient été soignées par M. Boulé, vétérinaire à Villeneuve-sur-Yonne, lequel avait ordonné la désinfection. Il est probable que celle-ci a été insuffisante, car à l'heure actuelle toutes les vaches

de cette étable continuent à avorter, et cette maladie se transmet aux vaches nouvelles qu'on y introduit. C'est du moins ce que m'a dit hier, 23 mai 1906, M. Boulé, que j'ai interrogé à ce sujet.

Si la démonstration scientifique de la transmission ou de la non-transmission des espèces animales à l'espèce humaine de l'avortement infectieux n'est pas faite, elle doit pouvoir se faire. Et si les observations de la nature de celle dont il vient d'être question sont rares et inédites, elles pourront, sans doute, être bientôt publiées. Il est bien évident que seuls les médecins exerçant à la campagne peuvent observer de tels accidents. Dans le cas d'un avortement paraissant n'être pas ordinaire, il doit leur être facile, en en cherchant les causes, de se renseigner auprès des vétérinaires traitant le bétail des mêmes clients. On peut, en tout cas, faire ou faire faire l'analyse bactériologique des enveloppes fœtales provenant d'une femme ayant avorté et au besoin tenter l'épreuve de la transmission sur une brebis pleine de deux à trois moins.

Il y a là, me semble-t-il, des recherches intéressantes à entreprendre, et la question serait ainsi bientôt résolue par l'affirmative ou par la négative. Je suis bien convaincu que les quelques faits communiqués au professeur Moussu, ainsi que celui du docteur Devoir, seront prochainement suivis d'observations assez nombreuses pour permettre de formuler une opinion précise sur cette contagion particulière.

Quant au mécanisme de la contagion, il serait des plus simples. On sait que chez les femelles domestiques l'infection a lieu par les voies génitales externes ; que le microbe est répandu partout, sur les litières et, par conséquent, sur la peau des animaux. Ne se peut-il que, dans le cas observé par M. Devoir, la femme, ayant donné ses soins à une vache avortée, ait eu besoin, pour une raison ou pour une autre, de porter une main dans ses propres régions génitales, ou que cette femme se soit acculée pour uriner sur la litière, comme cela arrive souvent, et qu'un fétu de paille dressé ait touché la région vulvaire. Tout cela est possible. Mais je laisse à l'Académie le soin de chercher et de donner une interprétation rationnelle, sinon certaine, aux faits que je me contente de lui signaler.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette dernière observation et de celles que possède déjà M. Moussu, il n'y aurait, je pense, aucun inconvénient à indiquer certaines mesures prophylactiques et hygiéniques.

C'est aux médecins exerçant dans les campagnes, et particulièrement dans les régions où sévit l'avortement infectieux, qu'il appartient de prescrire ces mesures, se résumant d'ailleurs en quelques précautions et soins d'extrême propreté, que devront prendre les femmes grosses ayant des vaches à soigner. Aussi bien les médecins pourront facilement être édifiés par les vétérinaires exerçant respectivement dans les mêmes localités.

GROSSESSE DANS UN UTÉRUS DIDELPHE

EXPULSION D'UNE CADUQUE DE L'UN DES UTÉRUS ET CONTINUATION DE LA GROSSESSE DANS L'AUTRE UTÉRUS

Par G. **BOUFFE DE SAINT-BLAISE** et A. **COUVELAIRE.**

Lorsqu'un œuf se développe dans l'une des moitiés d'un utérus double, l'autre moitié participe pour son propre compte aux réactions gravidiques. En particulier sa muqueuse s'hypertrophie, subit tout le cycle des modifications dites déciduales et tombe. La muqueuse du demi-utérus vide est donc caduque.

Son expulsion suit habituellement de près l'expulsion du produit de conception. Elle a lieu pendant les premiers jours du post partum. Ce sont là des faits classiques, sur lesquels il est inutile d'insister.

Le fait, dont la relation suit, s'écarte de la règle.

La caduque du demi-utérus vide a été expulsée au 5e mois, l'œuf greffé dans l'autre demi-utérus a continué à se développer et a été expulsé à terme.

Il s'est donc passé ce qui se passe quelquefois au cours des gestations ectopiques. On sait, en effet, que l'expulsion de la caduque utérine n'implique pas toujours l'arrêt du développement de l'œuf extra-utérin.

La cause de ces expulsions de muqueuse utérine peut être décelée par l'examen histologique des membranes expulsées.

Les hémorragies qui infiltrent la muqueuse, les coagulations intravasculaires ne peuvent que troubler la nutrition et, partant, la vitalité de cette muqueuse, qui, partiellement nécrosée, n'est plus qu'un corps étranger caduc.

Ce processus histologique est le même que dans la grossesse ectopique.

Quoi qu'il en soit, voici le fait :

Mme X..., primipare, âgée de 26 ans, a toujours été bien réglée, mais les règles ont toujours été accompagnées de violentes douleurs, non localisées à un seul côté. Il n'existe aucun antécédent de malformation quelconque, ni d'un côté, ni de l'autre des ascendants.

La grossesse évoluait depuis environ 5 mois, quand, sans aucune cause apparente, Mme X... se mit à perdre du sang; on suivit la conduite ordinaire: repos au lit complet et injections chaudes. L'examen local fit reconnaître l'existence d'un double vagin, d'égale dimension à peu près; le droit un peu dilaté par les rapports. L'hymen déchiré laissait apercevoir le cloisonnement, jusqu'à son orifice et la cloison étant à peu près médiane et interpostérieure. Cette cloison était complète et dans le fond de chaque vagin on sentait, à droite, un petit col non entr'ouvert, ramolli par la grossesse, se continuant par un utérus gravide; ce col n'était le siège d'aucun écoulement et le vagin absolument sec; à gauche, au contraire, le canal était rempli de sang; le col légèrement entr'ouvert, également ramolli et le corps un peu hypertrophié. La malade, qui ressentait quelques douleurs, les localisait très nettement à ce niveau. Du reste, au moment de ces douleurs, l'utérus droit ne se contractait nullement.

Au palper on sentait une tumeur utérine très allongée, tout à fait inclinée à droite du ventre, mais présentant une forme tubaire et non pyriforme comme d'habitude. Cet écoulement de sang et les douleurs s'arrêtaient au bout de 3 ou 4 jours et, quoique le repos ait été gardé presque complètement, les pertes se reproduisirent au bout de 15 jours, mais avec une intensité beaucoup plus grande.

Après 10 jours environ de perte sanguine, toujours localisée au vagin et à l'utérus gauche, il y eut une sorte de travail et la malade expulsa, au milieu de caillots unis, un sac membraneux de la grosseur d'un petit œuf de pigeon et ressemblant à un œuf humain d'environ 2 mois. Cette production, que M. Couvelaire a bien voulu examiner, a été reconnue par lui pour une caduque analogue à celles expulsées dans le cours des grossesses extra-utérines, et présentant les mêmes lésions que celles-ci.

Puis l'écoulement sanguin continua quelque temps encore, 5 ou 6 jours, puis s'arrêta complètement. La grossesse évolua admirablement, et la malade accoucha 4 mois après d'un enfant très volumineux.

La cloison vaginale fut rompue pendant l'accouchement, et les suites de couche furent parfaites.

Le lambeau examiné est une membrane dont l'épaisseur varie de 5 à 8 millimètres : l'une des faces est lisse, ponctuée de très petites dépressions; l'autre déchiquetée, est recouverte de sang coagulé.

Les coupes pratiquées après fixation dans la solution de formol à 10 p. 100 et inclusion à la celloïdine, montrent que cette membrane est constituée par un stroma creusé de multiples cavités.

La surface lisse, régulière, creusée de dépressions communiquant avec certaines cavités profondes, n'est revêtue d'aucun élément épithélial. Celles-ci

renferment de ci, de là des cellules cubiques desquamées, prenant mal la coloration aussi bien dans leur protoplasma que dans leur noyau.

Le stroma de la membrane se présente sous forme de travées, dont l'épaisseur croît de la face profonde déchiquetée à la face lisse, mais dont la densité décroît dans le même sens.

Les cellules qui le constituent représentent sous des aspects variés des cellules dites déciduales. En de nombreux points, des amas de leucocytes infiltrent le stroma. Ils sont le plus souvent répartis autour des capillaires et des petits vaisseaux.

Ceux-ci sont presque tous oblitérés par des coagulations anciennes ou récentes. Ces coagulations sont tantôt hyalines, tantôt fibrineuses. Les coagulations fibrineuses sont riches en amas de leucocytes.

En dehors des espaces sanguins, dans le stroma même de la membrane existent de nombreuses infiltrations sanguines anciennes.

Cette observation est intéressante en raison de sa rareté, puisqu'il nous a été impossible d'en retrouver une semblable dans la littérature médicale. Il est curieux de voir ce demi-utérus entrer en travail et accoucher d'une caduque, travail accompagné de contractions douloureuses, de perte de sang, etc.; et cela, sans que l'autre demi-utérus, gravide lui, ait réagi d'une façon quelconque. En effet, au moment des douleurs, nettement localisées à gauche, on ne percevait aucune contraction de l'utérus droit.

Le fait aurait pu prêter à confusion si l'on avait ignoré l'existence des deux demi-utérus: confusion de diagnostic en voyant une caduque être expulsée et une grossesse continuer, confusion de traitement.

A PROPOS DE LA REVISION DU CODE CIVIL

Dans une remarquable communication faite à l'*Académie de médecine* dans sa séance du 5 juin, le professeur Lacassagne a montré la nécessité d'adjoindre à la commission de revision du code civil des médecins, dont les avis sur la refonte urgente de bien des articles seront aussi utiles que ceux des hommes de lettres sur le devoir d'amour imposé aux époux.

L'Académie, saisie par M. Lacassagne de propositions très étudiées, a nommé une commission, composée de MM. Brouardel, Hamy, Motet, Peyrot, Pinard, chargée de présenter sur ce sujet un rapport. De l'étude qui va servir de base aux travaux de la commission, nous détachons la partie qui relève de l'obstétrique, si magistralement exposée par l'éminent professeur de médecine légale de l'Université de Lyon.

Il faut s'occuper d'abord des questions qui se rattachent à la NAISSANCE et en particulier la durée de la grossesse, la désignation du sexe et la viabilité.

La question de savoir quelle est la durée de la grossesse doit être revue. Elle est soulevée par les articles 312 à 317 du Code, concernant le désaveu de paternité, et les articles 331 et 340, traitant, le premier de la légitimation des enfants naturels, s'ils ne sont ni incestueux, ni adultérins, et le second de la recherche de la paternité, lorsque la date de l'enlèvement coïncide avec la date de la conception. La loi fixe un minimum et un maximum de durée pour la gestation : elle admet que la grossesse peut varier entre six mois (du calendrier révolutionnaire) et dix mois, ce qui donne, en jours, exactement cent quatre-vingts et trois cents, les mois révolutionnaires comportant un nombre invariable de trente jours. Le comput des jours s'établit suivant une supputation assez complexe, et la question se pose de savoir s'il faut compter *de die ad diem* ou *de hora ad horam* (1). Le premier mode d'évaluation semble bien rigoureux, d'autant qu'il faut tenir compte de la durée du travail, et que des accouchements commencés dans la limite où la loi protège l'enfant en lui attri-

---

(1) Voici le texte primitif de l'article 315 (texte proposé par le tribunat) : « La loi ne reconnaît pas la légitimité de l'enfant né trois cent et un jours après la dissolution du mariage. » D'après les juristes, le texte actuel implique au contraire que l'illégitimité n'existe que s'il y a un jugement (sa légitimité... pourra être contestée), dans les cas, bien entendu, où il ne s'agit que d'un jour ou deux, et on ajoute : « sans quoi l'enfant est évidemment naturel ».

buant la légitimité, peuvent se prolonger vingt-quatre ou quarante-huit heures, s'il s'agit d'une primipare, d'un enfant volumineux, ou s'il se présente quelque complication.

On peut dire que les enfants qui naissent en possession de la légitimité sont : 1° l'enfant *conçu* pendant le mariage, quelle que soit l'époque de sa naissance ; 2° l'enfant *né* pendant le mariage, quelle que soit l'époque de sa conception.

Il semble bien que la véritable sagesse serait de procéder à l'examen de l'enfant toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un cas limite. Un enfant d'un peu moins de cent quatre-vingts jours peut être légitime s'il n'est pas à terme et qu'il y ait accouchement prématuré, même spontané. D'ailleurs, les lois allemande et autrichienne prescrivent l'examen de tous les enfants qui naissent avant deux cent dix jours. En Prusse, la légitimité va jusqu'à trois cent deux jours et, en Angleterre, jusqu'à trois cents onze jours. En Amérique, la loi ne fixe pas de date pour la durée de la grossesse. Par contre, comme je viens de le dire, un enfant d'un peu plus de trois cents jours aurait pu, peut-être, venir au monde dans le délai requis s'il n'avait été exceptionnellement volumineux, ou si l'accouchement ne s'était anormalement prolongé. Nous proposons donc d'ajouter à l'article 312 un paragraphe ainsi conçu :

« *Toutefois, quand la naissance de l'enfant a lieu dans les limites extrêmes, indiquées par le paragraphe précédent, il pourra y avoir contestation et des experts pourront être consultés.* »

Signalons, en passant, et avant de quitter ce sujet, la nécessité d'insérer dans le Code pénal, ou mieux dans le Code d'instruction criminelle, un article où serait prévu le cas des femmes enceintes appelées à répondre d'un crime devant la Cour d'assises. Leur situation spéciale les met évidemment en état d'infériorité, les rend incapables de supporter les émotions violentes et rend leur défense plus difficile. Ces raisons d'humanité devraient faire remettre constamment leur comparution, et un article pourrait être rédigé dans ce sens :

« *En raison de son état de grossesse, l'accusée ne peut supporter les débats et l'affaire doit être renvoyée à une session ultérieure.* »

Nous désirerions même que toute prévenue en état de grossesse soit placée dans des conditions hygiéniques convenables, surtout dans l'intérêt de son enfant, qui ne doit pas avoir à souffrir de l'incarcération de sa mère.

N'y aurait-il pas lieu, enfin, comme le demande Pinard, de réglementer, par une décision spéciale du Code, le travail des femmes pendant les derniers temps de la grossesse ? Il est certain qu'en particulier les femmes enceintes non mariées, les filles-mères, travaillent jusqu'au moment de leurs couches. Il en résulte une mauvaise grossesse, d'où de graves dangers pour la mère et pour l'enfant : il y a là menace d'un mal social double, dont le Code pourrait et devrait tenir compte.

A la question de la grossesse se rattachent celles de la superfécondation et de la gémellarité, auxquelles le Code civil ne fait pas allusion et qui ont cependant quelque intérêt.

Il faut savoir que chez une même femme il peut y avoir, par suite d'un seul ou de plusieurs coïts avec des individus différents, fécondation de plusieurs ovules. Quand des enfants viennent au monde à un ou deux jours d'intervalle, on ne peut pas dire s'ils sont jumeaux, ou le produit de deux conceptions différentes.

Le plus souvent, les jumeaux ne présentent pas le même développement, et il peut arriver que l'un d'eux naisse viable avant le cent quatre-vingtième jour du mariage. Serait-il donc illégitime, tandis que son frère, né quelques jours après, aurait tous les avantages de la légitimité (1)? Dans ce cas, cependant, les deux jumeaux peuvent parfaitement provenir d'un coït fécondant de même date, car ce qu'on appelle la *superfétation* n'existe pas. Dès que l'embryon est fixé dans l'utérus et qu'il s'enveloppe des membranes, il n'y a plus possibilité d'une fécondation nouvelle. La différence de développement qu'on constate entre deux produits de conception simultanée provient d'une différence dans la nutrition et, plus particulièrement, dans le mode d'insertion du cordon sur le placenta.

De deux jumeaux, quel est l'aîné? On disait autrefois : *prior egressus, prior natus*. Il semblerait peut-être, quand la naissance de deux fœtus est faite à peu de distance, de considérer comme aîné celui qui pèse le plus. La question se pose juridiquement, soit à cause des majorats dont le rachat s'est fait l'an dernier, soit parce qu'il y a donation entre vifs ou testament en faveur de l'aîné. Or la loi ne précise pas à qui appartient l'aînesse. Ne pourrait on pas insérer dans le Code un article ainsi conçu (2) :

« *L'ordre dans lequel les enfants sont nés fixe l'ordre dans lequel ils devront être inscrits sur les registres de l'état civil.* »

Les articles 55 et 56 disent comment et par qui doit être faite la *déclaration de naissance*. L'article 55 précise que l'enfant nouveau-né doit être présenté à l'officier de l'état civil. Or cet article, qui n'a jamais été abrogé, contient une impossibilité matérielle qui a fait tomber en désuétude l'obligation indiquée par le dernier membre de phrase. Il est de toute évidence que le transport à la mairie d'un enfant de moins de trois jours (puisque tel est le délai fixé par l'article 55) peut, dans certaines conditions, fréquentes, de température extérieure ou de santé de l'enfant, entraîner la mort de celui-ci, ou, tout au moins,

---

(1) On ne peut pas dire d'un enfant né dans les cent quatre-vingts jours qui suivent la célébration du mariage qu'il est illégitime.

D'après beaucoup d'auteurs, il est légitime, et voilà pourquoi la loi autorise le mari à le désavouer, s'il n'est pas de lui. — On ne désavoue que les enfants légitimes.

Suivant d'autres jurisconsultes, il est légitimé — et voilà pourquoi, si la conception est entachée du vice d'adultère, il ne peut pas être légitimé (art. 331).

La question est d'ailleurs très discutée.

Ce serait seulement, dans la seconde opinion, lorsque la légitimation est impossible, que l'enfant devrait être traité comme enfant naturel, et naturel simple, sa filiation n'étant établie qu'à l'égard de sa mère.

(2) La question est d'autant plus intéressante que, chaque année, en France il y a une moyenne de 9.644 grossesses doubles pour 985.923 grossesses générales, c'est-à-dire 9,78 grossesses doubles pour 1.000 grossesses générales.

une infection grave. Une disposition de 1792, qui n'a pas été abolie d'une façon formelle, obligeait, dans le cas où l'enfant n'était pas jugé transportable, l'officier de l'état civil d'aller lui-même au domicile de la mère, constater l'existence de l'enfant déclaré. Le Code civil n'ayant pas reproduit ce texte, les maires et adjoints en profitèrent pour exiger l'application intégrale de l'article 55 ; les nécessités pratiques relâchèrent peu à peu ce que cette coutume avait de trop rigoureusement absolu, et, de nos jours, la présentation de l'enfant ne se fait plus en aucune commune.

La naissance de l'enfant doit, dit l'article 56, être *déclarée* « par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement... ». Cet article est corroboré par les sanctions prévues à l'article 346 du Code pénal. Or, il y a opposition entre l'article 56 obligeant, dans certains cas, le médecin à déclarer une naissance et l'article 378 qui impose le secret professionnel. La jurisprudence actuelle (jugement du tribunal de la Seine du 30 novembre 1875, affaire du docteur Berrut) est que *dans leur déclaration les médecins ne sont tenus que d'indiquer le jour et l'heure de la naissance, ainsi que le sexe de l'enfant, ses prénoms, sans dire le nom de la mère ni le lieu où l'accouchement s'est fait.* Tel devrait être le paragraphe complémentaire à ajouter à l'article 56.

Nous voudrions aussi une définition du « nouveau-né ». Elle est nécessitée par l'emploi de ce terme, soit dans le Code civil, soit dans le Code pénal (infanticide). Des définitions multiples ont été proposées (1). Nous croyons qu'on pourrait se ranger à celle-ci : *L'enfant est nouveau-né pendant tout le temps, assez rapproché de la naissance, qui permet de constater que cet enfant perd ses caractères fœtaux et s'adapte à la vie extra-utérine.*

L'acte de naissance, dit l'article 57, énoncera « le *sexe* » de l'enfant. Les sexes admis par le Code sont au nombre de deux : masculin et féminin. La loi de 1804 leur attribue des devoirs et des droits particuliers. On ne pouvait aller plus loin et mieux faire à une époque où l'embryologie n'existait pas, mais on ne peut méconnaître aujourd'hui les monstruosités et les anomalies. La loi doit parler des hermaphrodites. Or, non seulement le Code civil, mais la doctrine même s'en désintéressent. Et cependant de cette lacune résultent les inconvénients ou dommages suivants :

1° Une éducation vicieuse dans le monde, une fausse situation pour les enfants et les adolescents ;

---

(1) En droit romain, la signification de *recens natus* est celle de *sanguino lentus*. Un enfant est nouveau-né tant qu'il n'a pas reçu des soins de propreté. Olivier (d'Angers) et Billard ont proposé de limiter cette période de l'enfance, soit à la chute du cordon, soit à la formation de la cicatrice ombilicale. Or, l'élimination du cordon qui, chez certains enfants, se fait trente-six ou quarante-huit heures après la naissance, peut ne se montrer chez d'autres qu'après six ou huit jours. Tardieu, s'appuyant sur un arrêt de la Cour de cassation de 1835, dit : « Le nouveau-né est l'enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance. » Parrot, se plaçant sur le terrain clinique, en a donné la définition suivante : « L'enfant nouveau-né est celui qui, à terme ou non, viable ou non viable, n'a pas dépassé le deuxième mois de la vie extra-utérine. »

2° Des mariages antinaturels ;

3° Une atteinte portée à la morale et un dommage causé au conjoint dont le mariage peut être suivi de nullité.

Au moment de la naissance, le diagnostic du sexe est souvent fort difficile. parfois tout à fait impossible. Comme il faut opter cependant, puisque la loi n'admet pas de tergiversation, on se détermine après avoir tenu conseil avec les commères du voisinage, alors que l'avis même du praticien eût pu être hésitant. Et c'est ainsi qu'on voit tous les ans des femmes convoquées devant le conseil de revision. On s'étonne de constater l'effarement des juristes devant des questions de cette nature, et de les entendre dire, comme Laurent (*Principes du Droit civil*, t. II, p. 396) : « qu'il est à peine possible de traiter ces matières dans un ouvrage scientifique ». Il est cependant nécessaire de s'en occuper, puisque l'article 180 a prévu la nullité du mariage lorsqu'il y a erreur dans la personne.

Les jurisconsultes romains rangeaient les hermaphrodites dans le sexe qui paraissait prédominer. Il en était de même dans l'ancien droit français. Denisart dit que les hermaphrodites sont réputés être du sexe qui prévaut en eux. et il ne leur est pas permis de préférer l'autre ; les peines les plus sévères étaient prononcées contre ceux qui enfreignaient cette dernière prohibition.

Le Code civil (art. 55) n'est pas assez prévoyant. Le 10 août 1816, le Garde des sceaux s'exprimait ainsi : « Les erreurs de la nature, rares heureusement. ne doivent pas être approfondies lorsqu'elles se présentent, et c'est aux individus qu'elles concernent ou à leurs parents à choisir le sexe qui paraît leur convenir. »

C'est du reste ce qui se passe en Allemagne. Le Code bavarois dit : « Les hermaphrodites auront l'état que les experts leur assigneront ou qu'ils se seront eux-mêmes attribué. »

Le Code prussien s'exprime de la même façon : « Lorsqu'il naît un hermaphrodite, les parents décident à quel sexe ils veulent que l'enfant appartienne. — A l'âge de dix-huit ans révolus, l'hermaphrodite a le droit de choisir son sexe. — D'après ce choix, ses droits sont fixés à l'avenir. — Si les droits d'un tiers dépendent du sexe du prétendu hermaphrodite, celui-là peut réclamer l'examen d'un expert. — Le résultat de l'examen de l'expert décide aussi bien contre le choix de l'hermaphrodite que contre le choix des parents. » Le Code autrichien contient des dispositions analogues.

Nous proposons en conséquence de modifier ainsi qu'il suit l'article 57 :

« *Tout nouveau-né sera soumis à l'examen médical. L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure, le lieu de naissance, le sexe, mais seulement quand celui-ci sera absolument certain.*

« *Quand il y aura doute sur le sexe, il sera sursis jusqu'à la puberté (de quatorze à vingt ans). Pendant cette époque, sur sa demande, ou au commencement de la vingtième année, le sujet sera soumis, après décision du tribunal de première instance, à un examen médical qui statuera sur le sexe et l'inscription comme homme, femme ou neutre sur les registres de l'état civil. En attendant un*

jugement du tribunal civil, l'acte de naissance portera, en marge, les lettres S. D. (Sexe douteux). »

Si l'hermaphrodite est marié, il y a un cas de nullité de mariage prévu par l'article 180, auquel il faudrait ajouter le paragraphe suivant :

« *Les vices de conformation des organes génitaux qui constituent manifestement une impossibilité absolue dans l'accomplissement fructueux de l'acte sexuel et créent l'erreur de la personne physique, sont une cause formelle de nullité de mariage.* »

En dehors des anomalies portant sur les organes génitaux, il existe une série de déformations anatomiques qui constituent les monstres. Nulle mention n'en est faite dans le Code. La doctrine seule s'en est préoccupée.

On pourrait ajouter après l'article 57 un paragraphe additionnel ainsi conçu : *Tout monstre double à deux têtes, qu'il ait ou non deux corps séparés, doit être considéré comme deux. Tout monstre à une seule tête, qu'il ait ou non deux corps, n'est qu'un seul individu.*

Aux questions des malformations congénitales, se rattache étroitement celle de la *viabilité*, la plus délicate et la plus importante de celles dont le droit civil demande la solution à la médecine légale.

L'étude de la viabilité est nécessitée par l'interprétation des articles suivants :

312. L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari.

Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le trois centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit pour cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

313. Le mari ne pourra, en alléguant son impuissance naturelle, désavouer l'enfant. Il ne pourra le désavouer même pour cause d'adultère, à moins que la naissance ne lui ait été cachée, auquel cas il sera admis à proposer tous les faits propres à justifier qu'il n'en est pas le père.

314. L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° *si l'enfant n'est pas déclaré viable.*

315. La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage pourra être contestée.

725. Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession.

Ainsi sont incapables de succéder :

1° Celui qui n'est pas encore conçu ;

2° L'enfant qui n'est pas né *viable.*

906. Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au

moment de la donation; par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur.

Néanmoins, la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né *viable*.

Or, l'application de ces articles, fort clairs en apparence, est rendue quelque peu difficile par ce fait que, nulle part, la viabilité n'y est définie (1).

Les médecins ont dit : « La viabilité est l'aptitude à la vie extra-utérine. » (Ollivier, d'Angers.)

Pour Tardieu : « Être né viable, c'est être né vivant et avoir vécu d'une vie autre que la vie intra-utérine, et présenter en outre un développement général, une conformation et un état de santé non incompatibles avec la continuation définitive de la vie. »

Nous admettons qu'il n'y a viabilité que lorsqu'il y a eu existence atmosphérique, c'est-à-dire mise en jeu des organes propres de l'enfant, pour la respiration et la circulation. L'enfant peut être à terme, bien organisé, qu'importe : il faut qu'il ait vécu d'une vie indépendante de celle de la mère.

Pour affirmer et préciser ces faits, il faut donc faire appel à des experts.

C'est pour cela, sans doute, que la condition de la viabilité n'était pas exigée en droit romain. Il n'y avait pas, d'ailleurs, à cette époque, des médecins assez instruits sur ces questions. Ainsi les problèmes d'ordre biologique, ceux qui doivent préoccuper le législateur à notre époque, n'étaient pas posés dans ces législations primitives. La loi exigeait du nouveau-né qu'il fût vivant : il n'a pas été parlé de viabilité dans les législations du moyen âge et jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. C'est le Code civil français qui en a fait le premier mention.

La raison qui a fait introduire dans notre législation ce concept nouveau repose vraisemblablement sur l'ignorance où l'on était à cette époque de certaines notions, aujourd'hui très claires, d'embryologie, de gynécologie, d'obstétrique et d'anatomie pathologique. Il y avait alors la doctrine des *môles* ou masses. On nommait ainsi toutes sortes de tumeurs qui, après s'être développées dans le corps de la matrice, s'en détachaient à un moment donné ; et l'on confondait de la sorte, sous un vocable unique, des fœtus incomplètement développés, des fibromes, des produits d'exfoliation muqueuse de l'utérus, des portions de placenta, des polypes, des kystes hydatiques, etc. Ce terme général de môle ne désignait en définitive rien de précis. Il était destiné à disparaître devant des diagnostics plus exacts.

Il faut l'avouer, c'est l'interprétation abusive donnée à un fait inexact qui a fait jouer un grand rôle à ces môles dans la question de la grossesse. On a craint de voir dans des cas multiples les droits (ceux de succession, par exemple) qui s'attachent à l'enfant passer à des môles qui n'étaient nullement des personnes vivantes, et on a exigé que le produit de conception fût bien un être animé d'une vie propre, un être viable.

La plupart des nations européennes qui, au dix-neuvième siècle, prirent notre

(1) JULIEN-LAFERRIÈRE, *De la viabilité*. Thèse de Lyon, 1901.

Code civil pour modèle, adoptèrent la notion de viabilité. Il n'en a pas été ainsi pour l'Angleterre : le Code anglais ne parle nulle part de la condition de viabilité.

Le mot même n'en est pas prononcé dans le nouveau Code allemand. Toutefois, la loi admet le désaveu de paternité quand l'enfant naît moins de deux cent dix jours (sept mois) après la célébration du mariage.

Au contraire, le Code civil italien (art. 725) spécifie que « dans le doute, l'enfant né vivant sera réputé viable ». En Espagne, l'article 30 du Code civil exige que l'enfant ait « figure humaine » et vive vingt-quatre heures « complètement séparé de sa mère », pour être compté pour une personne.

Les adversaires de la doctrine du Code français disent : La capacité de la personne est inviolable; elle est constituée au moment de la naissance, et dès lors on ne peut la restreindre ou la soumettre à des conditions dépendant de la durée de l'existence. Il ne faut pas assimiler les droits du fœtus pendant la vie intra-utérine à ceux de l'enfant nouveau-né.

Toutes les législations ont consacré ce principe pour les droits conférés à l'enfant pendant la vie intra-utérine ; c'est qu'il doit naître vivant. Donc, dans le sein maternel, il n'est pas une *personne* au sens juridique du mot, comme d'ailleurs au sens scientifique, puisqu'il se développe alors comme un parasite.

L'exagération de notre Code est d'exiger de l'enfant, non seulement qu'il soit vivant, mais encore qu'il soit viable, c'est-à-dire qu'il soit apte à continuer à vivre.

Sans doute, le législateur avait le droit d'exiger la vie et la viabilité. Le fâcheux, c'est que, ne pouvant apprécier celle-ci par lui-même, il demande l'opinion d'experts. Or, il arrive que, le plus souvent, les médecins sont dans l'impossibilité de reconnaître les caractères de la viabilité. La jurisprudence a établi que la viabilité est présumée toutes les fois qu'il y a eu vie. Aussi l'expert ne fait-il pas la preuve de la viabilité, mais la recherche des signes de non-viabilité. Si celle-ci n'est pas établie d'une façon précise et certaine, la présomption reste en faveur de la viabilité.

La viabilité est donc une restriction apportée aux droits échus à l'enfant pendant son existence intra-utérine. Le Code civil ne reconnaît ses droits au fœtus que lorsqu'il est devenu un enfant, une personne dont l'existence se manifeste d'une façon certaine.

Les conditions de la viabilité que l'expert aura à rechercher seront donc les suivantes (1) :

1° La *vie*, dont on fera la preuve par les docimasies pulmonaire, otique, gastro-intestinale, hépatique, etc. ;

2° La *maturité suffisante*, au sujet de laquelle la loi ne fixe aucune règle.

(1) Cf. Planiol estime qu'il ne faut pas considérer comme viables : 1° les enfants normalement conformés qui naissent avant terme, à une époque où le développement de leurs organes n'est pas assez avancé pour leur permettre de vivre; 2° les enfants monstrueux, comme les acardiens, les acéphales et autres, chez lesquels la vie s'arrête dès que le cordon ombilical est coupé.

Elle ne dit pas qu'il faut déclarer viables les enfants qui à la naissance ont atteint le terme de six mois de la grossesse. Dans l'article 314, il est dit que l'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour ne pourra être désavoué par le mari *si l'enfant n'est pas né viable.*

Or, comme les médecins peuvent être embarrassés pour caractériser cette viabilité, la loi a spécifié : on pourra juger de cette viabilité selon que l'enfant est né avant ou après le septième mois de la grossesse.

Pour les médecins, à quel âge commence la viabilité ? Il y a quinze ou vingt ans, on disait qu'un enfant ayant moins de deux cent dix jours ne pouvait pas vivre. Tout enfant pesant moins de 1.500 grammes était condamné à une mort inévitable.

En réalité, ces enfants mouraient de froid. Par l'usage de la couveuse. Tarnier, de 1881 à 1886, a sauvé des enfants prématurés dans une proportion assez élevée ;

3° Une *bonne conformation*; et encore, pour entraîner la non-viabilité, faut-il que la mauvaise conformation soit au-dessus des ressources de la chirurgie. Or, ces cas, à notre époque, sont de plus en plus rares ;

4° *L'absence de toute maladie* contractée pendant la vie intra-utérine, qu'il s'agisse de lésions aiguës ou d'affections chroniques, comme la syphilis.

En résumé, toutes les fois qu'il y a vie, il y a présomption de viabilité. A la suite des articles qui exigent la viabilité, il faut ajouter cette clause : *L'enfant sera considéré comme viable toutes les fois qu'il sera né vivant*; *sa non-viabilité ne pourra être déclarée que lorsqu'elle aura été établie d'une façon certaine par les constatations médicales.*

Je serai plus court pour ce qui concerne les actes de l'état civil relatifs au mariage et au divorce, à la mort.

Le titre : *Du mariage*, touche à la médecine par les questions de la puberté, des limites de la fécondité, de la consanguinité (parents consanguins, utérins, germains), de l'âge au moment du mariage, de la nullité du mariage (art. 180), du divorce (art. 234 à 311).

Est-ce que le médecin ne devrait pas être consulté à propos de ces aptitudes au mariage qu'a indiquées Pinard ? Par exemple, l'âge fixé par la loi pour le mariage de l'homme ne devrait-il pas être celui de sa majorité ?

Ne doit-on pas favoriser toutes les conditions qui empêchent la dégénérescence héréditaire, ainsi dans les cas d'aliénation et d'épilepsie, manifestes et chroniques, etc. ?

La déclaration des décès, les vérifications de décès, les choix de procédés de sépulture (oi du 15 novembre 1887 et décret du 27 avril 1889 doivent aussi fixer notre attention et demandent certaines modifications.

L'article 77 dit : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état civil qui ne pourra la délivrer *qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.* » Nulle part, l'officier de l'état civil ne procède à cette formalité légale. A Paris seulement, un médecin

est spécialement chargé de ces sortes de constatations, parfois difficiles et pour lesquelles en tout cas un homme non instruit de ces questions particulières ne saurait donner un avis compétent. Dans les autres villes, il n'y a pas de médecin désigné pour ce service et la loi est purement et simplement inexécutée (1).

Il semble que de pareils textes ne sauraient être maintenus, puisqu'ils ont été reconnus impraticables. La loi ne peut prescrire que des choses possibles, et il apparaît comme nécessaire d'introduire un article spécifiant que les naissances et les décès seront, dans toute la France, et non plus seulement à Paris, constatés par un médecin *ad hoc*, dont l'attestation suppléera le certificat de naissance ou de décès actuellement délivré par un médecin quelconque, et s'ajoutera à la déclaration des deux témoins prévus par les articles 55 et 77.

La déclaration des mort-nés est réglée par un décret du 4 juillet 1806 : « Lorsque le cadavre d'un enfant, dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie. » Différentes circulaires des préfets de Paris aux maires de cette ville (8 juillet 1863, 28 novembre 1868, 15 janvier 1869) leur ont tracé les règles suivantes : La catégorie des mort-nés ne doit comprendre que les enfants décédés avant, pendant ou après l'accouchement, qui n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance. Les accoucheuses ou les familles doivent toujours déclarer à l'officier de l'état civil comme mort-nés tous les produits de la conception à partir de six semaines. Quand le produit de conception n'a pas atteint quatre mois, l'officier de l'état civil n'a point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806, il doit seulement transcrire sur un registre spécial le certificat du médecin vérificateur.

(1) La présentation d'un certificat émanant de n'importe quel médecin permet de faire passer pour morts subites des morts suicides ou criminelles.

PLAIE PERFORANTE DU COL DE L'UTÉRUS PAR UNE TIGE DE LAMINAIRE

Par le docteur C. **LE MASSON**, répétiteur de gynécologie à la clinique Baudelocque.

On sait les avantages de la dilatation lente et progressive par les tiges de laminaire dans les cas de dysménorrhée liée à l'antéflexion congénitale de l'utérus. Ces avantages, ainsi que la technique, ont été bien exposés par E. Baudron (1) dans son rapport au Congrès de Nantes, en 1901. Le plus souvent ce traitement, appliqué avec prudence, est fort simple et sans danger. Il fait disparaître, d'ordinaire, les troubles de la dysménorrhée, qu'il atténue, en tout cas, notablement, et comme, en général, l'antéflexion entraîne la stérilité, celle-ci une fois corrigée, l'utérus devient plus apte à la fertilisation. Toutefois il n'est pas de règle sans exception. Ce mode de traitement a ses accidents. Ayant eu récemment l'occasion d'en observer un, je crois intéressant de le relater.

Observation. — Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, réglée à 12 ans, régulièrement, avec une durée moyenne de 3 jours, mais avec une dysménorrhée intense. Elle s'est mariée à 23 ans, et les menstruations restant toujours douloureuses, elle consulta mon maître, M. le professeur Pinard, qui constata l'existence d'un utérus en antéflexion et latéroflexion avec un léger degré d'endométrite, et me l'adressa, pour lui faire une dilatation avec des tiges de laminaire.

Les dernières règles ayant eu lieu au commencement de janvier, le traitement fut commencé le 17. La technique suivie a été celle décrite par Baudron (2) et que je résume ainsi : après soins préliminaires, mise en place, successivement tous les deux jours, d'une tige de laminaire stérilisée, jusqu'au redressement de l'utérus. Continuation de la dilatation progressive par la dilatation extemporanée avec les bougies de Hegar.

La première laminaire est introduite le 17 janvier. Le 19, elle est remplacée par une deuxième de plus fort calibre. Je note, en passant, que cette introduction fut exécutée sans violence, sans difficulté appréciable et avec la certitude absolue que la laminaire était bien dans l'utérus.

(1) E. Baudron, De l'antéflexion dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement. *Rapport au Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, IIIe session, Nantes, 1902.

(2) E. Baudron, *loc. cit.*

Le 21 janvier, en retirant le pansement, je ne vois pas, comme d'usage, poindre, au niveau de l'orifice externe du col, l'extrémité inférieure de la tige. Par contre, il existe, à 1 centimètre et demi environ de l'orifice cervical, sur la paroi postérieure du col, et un peu à droite, une petite plaie, d'aspect noirâtre, à contours réguliers, ayant les caractères d'une plaie perforante. Je m'assure que l'extrémité inférieure de la laminaire n'est pas libre dans le col, et j'explore la plaie avec la pince à pansement. Celle-ci vient buter contre un corps dur qui n'est autre que le talon de la laminaire. Je puis le saisir assez facilement entre les mors de la pince et je retire la laminaire, dont le fil conducteur s'était, au cours de la perforation, retroussé le long de la tige. Je donne tous ces détails, pour mieux faire comprendre, un peu plus loin, le mécanisme de l'accident.

Le séjour de cette deuxième laminaire n'avait occasionné aucune réaction locale ni générale, puisque la perforation n'intéressait pas le corps de l'utérus et que le péritoine était indemne. Néanmoins, je jugeai plus sage d'interrompre la dilatation, d'ailleurs presque suffisante. Je fis la toilette du vagin, pansai à sec avec de la gaze iodoformée et laissai la malade au repos absolu.

Les suites furent très simples. Je renouvelai les pansements jusqu'à cicatrisation complète de la plaie perforante. Depuis, les règles sont revenues trois fois et je n'ai pas eu le moindre incident à noter.

Deux points, dans ce cas, méritent d'attirer l'attention : sa *rareté* et son *mécanisme*.

Les observations publiées de plaies perforantes du col de l'utérus sont *très rares*. Le plus souvent, en effet, c'est le corps qui est le siège des perforations signalées jusqu'à présent. L'histoire en a été très bien faite dans les deux excellentes thèses de O. Lenoir (1) et de P. Rebreyend (2), auxquelles je renvoie pour tous les détails. Sur près de deux cents observations rapportées par ces auteurs, je n'ai relevé *qu'un seul cas* de plaie perforante du col par une tige de laminaire. C'est celui de Gérard Marchant (3). Dans cette observation il s'agissait d'une « femme de 34 ans, dilatée pour endométrite. A la deuxième application de laminaire, ce cylindre bascula, perfora par son talon la lèvre antérieure de l'utérus, si bien qu'il dut être extrait par le vagin ; simple pansement de cette plaie qui réunit parfaitement. »

Je passe au *mécanisme*, qui semble bien avoir été le même dans le cas de Gérard Marchant et dans le mien. D'ordinaire, la perforation de

(1) O. Lenoir. *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.* Thèse de doct., Paris, 1898.

(2) P. Rebreyend, *les Plaies perforantes de l'utérus.* Th. doct., Paris, 1901.

(3) *Loc. cit.* Obs. XIV de la thèse de Lenoir (p. 62) et Obs. CXIV de la thèse de Rebreyend (p. 163).

l'utérus se produit à l'occasion d'un cathétérisme, d'une injection intra-utérine, d'une dilatation extemporanée, d'un curettage, etc., bref, au cours des diverses interventions opératoires exécutées sur cet organe. L'hystéromètre, la sonde, la bougie, la curette, quelquefois une laminaire, comme dans l'observation de M. Potherat (1), guidés par la main de l'opérateur, pénètrent, même sans force, dans le parenchyme de l'utérus et le perforent plus ou moins aisément suivant le degré de friabilité de l'organe. C'est là un *mécanisme direct*, qui s'exécute, en quelque sorte, sous les yeux de l'opérateur.

Tout autre apparaît le mécanisme de la plaie perforante dans les deux cas en question. Malgré l'absence de détails, on peut cependant rétablir l'analogie entre l'observation de Gérard Marchant et la mienne. Je reviens, au sujet de cette dernière, sur trois points déjà signalés : j'ai eu, d'abord, la certitude d'avoir introduit la laminaire directement dans l'utérus, sans force et sans difficulté. Il serait, d'ailleurs, difficile d'admettre qu'une fois la laminaire introduite dans le col, j'aie pu le perforer de telle façon que la laminaire soit venue ressortir sur la lèvre postérieure à 1 centimètre et demi seulement de l'orifice externe. En deuxième lieu, il y a eu absence complète de la réaction des plaies perforantes de l'utérus. Enfin, après avoir constaté la perforation du col, j'ai retiré par la plaie la laminaire notablement et uniformément augmentée de volume suivant toute sa longueur. Or, pour qu'une plaie perforante du col se soit produite dans des conditions telles, il a fallu d'abord que la laminaire ait été « avalée » par l'utérus. Mais le fait n'est pas très rare, et, quand il se produit, il n'entraîne pas fatalement un accident. Il a fallu aussi des causes adjuvantes, qui me paraissent avoir été, d'une part, la *latéroflexion* coexistant avec l'antéflexion et, d'autre part, la trop *grande rigidité* de la tige de laminaire. Une fois « avalée » par l'utérus, la laminaire s'est placée, en raison même de la latéroflexion, obliquement et à faux dans le canal cervical. Trop rigide et tendue comme le bois d'un arc, elle est venue peser par son talon au niveau du point d'appui. Puis, à la longue, gagnant de proche en proche, chassée par les contractions utérines, grâce aussi au léger degré d'endométrite, la tige a fini par se faire jour dans le vagin en un point du col symétrique par rapport au point d'appui intra-cervical. Là, le mécanisme de la perforation s'est produit *indirectement*, sans que rien ait pu en faire prévoir la possibilité.

(1) *Loc. cit.* Obs. XVII de la thèse de Lenoir (p. 66) et Obs. CXV de la thèse de Rebreyend (p. 163).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DILATATION UTÉRINE

Par le docteur **Henri HARTMANN.**

On distingue deux variétés de dilatation utérine : la *dilatation rapide* et la *dilatation lente.* L'appareil instrumental et le manuel opératoire varient pour chacun de ces deux cas.

Instrumentation. — La dilatation rapide s'exécute soit avec des dilatateurs, soit avec des bougies graduées



FIG. 1. — Dilatateur à 2 branches.

Le nombre des *dilatateurs utérins* est considérable. Ils sont à deux ou à trois branches ; dans quelques modèles, les branches présentent à

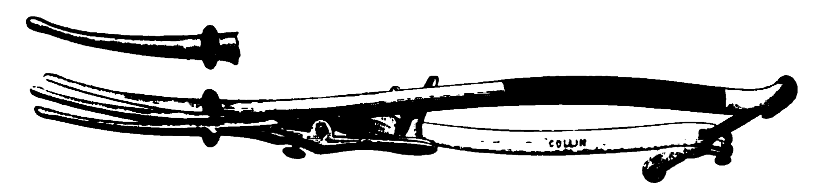


FIG. 2. — Dilatateur à 3 branches.

leur face externe des empreintes, qui les empêchent de glisser et d'être repoussés par le muscle utérin (fig. 3).

Beaucoup de gynécologues, nous sommes du nombre, préfèrent à

ces dilatateurs, divulsant le col, la dilatation immédiate progressive, obtenue par le passage successif d'une série de *bougies cylindriques*.



Fig. 3. — Dilatateur avec empreintes sur sa face externe.

dont le type le plus répandu est la bougie de Hegar. Ces bougies, en gomme durcie ou mieux en métal nickelé, ont une longueur de 12 à



Fig. 4. — Bougie de Hegar.

14 centimètres, sans compter la poignée. Pour diminuer l'arsenal instrumental, nous conseillons d'employer des bougies doubles réunies par leur base, chacune d'elles servant de manche à tour de rôle. Le diamètre

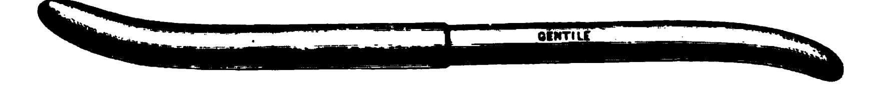


Fig. 5. — Bougie double de Hegar.

de la bougie n° 1 est de 2 millimètres ; il augmente de 1 millimètre par bougie.

La dilatation lente, autrefois obtenue par l'accumulation progressive de petits tampons d'ouate iodoformée retenus par des ficelles, ou par l'introduction de cônes taillés dans de l'éponge préparée, est pratiquée aujourd'hui avec des tiges de *laminaires*, que l'on trouve dans le commerce toutes préparées. Ces laminaires sont ordinairement conservées dans l'éther iodoformé, ce qui a le double avantage de les mettre à l'abri de l'influence hygrométrique de l'air et de les imprégner lentement d'une substance antiseptique. Il est indispensable d'avoir toute une série de tiges de calibres différents. On conserve parfois un grand nombre de laminaires dans un même bocal. Cette pratique a l'inconvénient de rendre parfois difficile



Fig. 6. — Tige de laminaire.

la découverte et la prise de la laminaire du calibre indiqué, et expose tout le bocal à être infecté par une pince incomplètement aseptisée.

Aussi les fabricants se sont-ils ingéniés à préparer des laminaires stérilisées dans des tubes scellés, contenant en même temps de la vaseline destinée à lubrifier la tige avant son introduction.

Technique opératoire. — Avant d'entreprendre la moindre manœuvre de dilatation, il faut :

1° *Désinfecter le vagin ;*

2° *Déterminer la profondeur et la direction de la cavité utérine.*

Pour désinfecter le vagin, après avoir bien savonné les parties génitales externes, on nettoiera, avec un tampon de coton et du savon, les culs-de-sac vaginaux, frottant tous les recoins et terminant par une large irrigation antiseptique (sublimé à 1 p. 1.000, etc.).

Pour déterminer la direction de l'utérus, on pratiquera le palper bimanuel, recourant, si la malade est grosse et d'un palper difficile, à l'emploi de l'hystéromètre. Il est, du reste, dans tous les cas, nécessaire d'avoir, avec un instrument, une bougie uréthrale stérilisée, par exemple, précisé la profondeur de la cavité utérine.

Lorsque l'on veut pratiquer la *dilatation rapide*, il faut commencer par découvrir le col, soit en écartant simplement avec les doigts les lèvres de la vulve, soit en recourant à l'emploi de valves ou de spéculums. Le col exposé, on le saisit avec une pince à traction et on l'abaisse doucement (1).

La connaissance préalable que l'on a de la direction du canal utérin, facilite beaucoup l'introduction du dilatateur. On engage doucement celui-ci dans le col. Si l'on éprouve, au niveau de son orifice interne, une légère résistance, il ne faut pas insister, il faut ramener un peu l'instrument à soi et le pousser doucement dans une direction légèrement différente, essayant, si c'est nécessaire, de le pousser dans une série de directions jusqu'à ce que l'instrument pénètre facilement et sans efforts.

Une fois le dilatateur en place dans la cavité utérine, on écarte

(1) Dans les cas exceptionnels où l'on a à faire la dilatation utérine chez une vierge, il faut introduire doucement l'index, sans léser l'hymen, et glisser le long du doigt une pince tire-balle pour saisir la lèvre antérieure du col et l'abaisser. Si l'orifice hyménéal est trop petit pour admettre le doigt, on peut guider la pince dans le vagin à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum et arriver à saisir ainsi le col, pour l'amener par des tractions douces à la vulve.

lentement ses branches, puis on le referme, on tourne légèrement l'instrument et l'on recommence, agissant successivement sur tous les points de la circonférence du col. En quelques minutes, on obtient une dilatation suffisante pour introduire une curette.

Avec les bougies, on opère de la manière suivante : La bougie, bien lubrifiée, est prise à pleine main et introduite lentement, sans force, à l'aide de légers mouvements de rotation, lorsque la bougie est pressée par les parois utérines. L'orifice interne résiste souvent et ne cède qu'à une pression graduelle devant l'instrument dont on modifie plus ou moins la direction pour en faciliter l'introduction, évitant à tout prix les pressions brusques, qui pourraient aboutir à la perforation de l'utérus.

Chaque bougie est laissée en place pendant une minute environ, puis remplacée par le numéro qui vient immédiatement au-dessus. Il importe de suivre la série sans chercher à gagner du temps en sautant des numéros.

Lorsqu'une bougie refuse d'entrer, on remet en place pendant quelques secondes le numéro précédent. Le tissu s'assouplit, et telle bougie, qui n'avait pu passer quelques instants auparavant, passe avec facilité si l'on a eu la patience d'attendre.

La dilatation rapide n'est pas sans exposer à quelques *accidents*. Exécutée avec brusquerie, elle déchire le col, la déchirure pouvant gagner le corps utérin. Cette déchirure peut même se produire lorsque l'on opère doucement la dilatation, si on pousse celle-ci trop loin. Sur un utérus non assoupli, il ne faut guère aller à une dilatation de plus d'un centimètre de diamètre ; un degré de dilatation suffisant pour admettre l'index expose presque sûrement à la déchirure du col. La dilatation rapide peut aussi déterminer la perforation de l'utérus : avec les dilatateurs, cette perforation est ordinairement produite par la pointe des branches, exagérément écartées. Avec les bougies, il s'agit ordinairement d'une échappée de l'instrument, violemment poussé pour surmonter la résistance de l'orifice interne du col.

Lorsqu'on pratique la *dilatation lente*, il est bon de commencer par donner à la tige une courbure identique à celle de l'utérus, préalablement déterminée par le toucher et le palper combinés. La laminaire plongée dans une solution chaude de sublimé reçoit et garde l'inflexion commandée par les résultats de cette exploration préalable. Ceci fait, le spéculum est mis en place : la laminaire, saisie avec une pince à pansement vaginal, est doucement introduite dans la cavité utérine. Son extrémité

doit largement dépasser l'orifice interne du col; c'est là chose facile et il faut de la bonne volonté pour se déclarer satisfait lorsqu'une tige de laminaire a pénétré de 3 ou 4 centimètres à peine dans la cavité utérine.

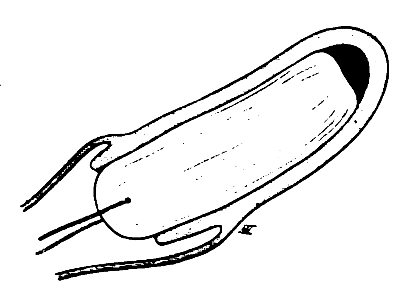


Fig. 7. — La laminaire bien engagée dans la cavité utérine, débordant peu en bas l'orifice du col, a régulièrement dilaté le col et le corps.

C'est cependant une faute fréquemment commise par les débutants, surtout lorsqu'ils appliquent la dilatation à des cas de métrite avec agrandissement de la cavité cervicale. La laminaire pénètre à une certaine profondeur, butte contre l'orifice profond, l'opérateur croit à un utérus petit et se contente de dilater la portion cervicale. C'est pourquoi il est toujours bon, comme nous l'avons dit, de préciser au préalable la profondeur de la cavité utérine par le cathétérisme avec une bougie molle. La laminaire mise en place, on applique un ou deux tampons vaginaux pour la maintenir. Bien entendu, le séjour absolu au lit est de rigueur.

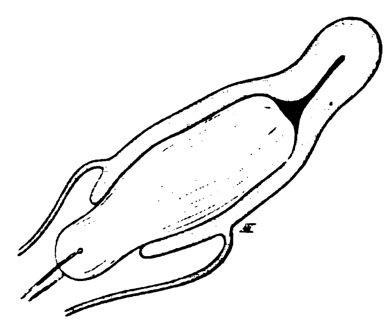


Fig. 8. — La laminaire, insuffisamment enfoncée, n'a dilaté qu'une cavité cervicale de grandes dimensions.

L'introduction de la laminaire est d'ordinaire facile, lorsqu'on a choisi la tige du calibre voulu et surtout lorsqu'on a adapté sa courbe à celle de l'utérus. Lorsqu'on éprouve quelques difficultés, il y a lieu de saisir le col avec une pince ténaculum et de l'abaisser légèrement. Par cette petite manœuvre, on redresse légèrement l'utérus, on le fixe et l'on facilite ainsi notablement le passage de la laminaire.



Fig. 9. — La laminaire trop enfoncée dans un utérus antéfléchi a, en se dilatant, perforé la paroi postérieure du col.

Quelquefois l'ablation de celle-ci présente des difficultés. Celles-ci tiennent ordinairement à ce que l'on a trop enfoncé la laminaire; son extrémité étant devenue invisible, au lieu de la saisir directement pour l'extraire, on tire sur le fil qui, seul, paraît dans le vagin; ce fil se

casse et la laminaire demeure emprisonnée dans l'utérus. La situation peut même se compliquer davantage. C'est ainsi qu'on peut voir, dans des cas d'utérus fortement antéfléchis, une laminaire trop enfoncée venir perforer par son extrémité inférieure la lèvre postérieure du col qui presse sur elle et apparaître dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Un débridement du col peut alors devenir nécessaire, pour procéder à l'extraction, la laminaire s'étant moins dilatée au niveau de la perforation du col, où elle a à lutter contre le muscle qui l'étrangle, qu'au-dessus et au-dessous (fig. 9). Le même accident peut se produire dans des utérus rétro-fléchis, mais il est plus rare. Exceptionnellement enfin on a vu, sur des utérus ramollis par la grossesse, une laminaire brutalement introduite perforer la paroi postérieure de l'utérus.

Indications. — Bien que la dilatation rapide soit considérée comme le procédé de choix par les gynécologues américains, qui craignent le développement d'infections à la suite de l'emploi des laminaires, nous croyons que, dans la plupart des cas, c'est à la dilatation lente qu'il faut donner la préférence. Elle expose moins que la dilatation brusque aux accidents que nous avons signalés de déchirures ou de perforations, elle présente, de plus, certains avantages positifs. La dilatation fournie par les laminaires est beaucoup plus durable que celle obtenue par les dilatateurs ou les bougies. Agissant lentement, elle donne le temps au muscle utérin de s'accommoder et permet des dilatations beaucoup plus grandes que les procédés rapides. De plus elle paraît exercer une action topique importante sur l'utérus qu'elle ramollit et assouplit. La dilatation rapide doit être réservée aux cas où l'utérus est préalablement ramolli, après un accouchement ou après un avortement par exemple, et dans ceux où l'agrandissement de la cavité utérine a besoin d'être exécuté d'urgence ; elle peut être employée aussi pour parfaire une dilatation insuffisante, lentement obtenue par les laminaires.

La dilatation utérine peut être exécutée dans un but purement *diagnostic*, pour permettre le toucher intra-utérin ou exceptionnellement l'endoscopie utérine. — Le plus souvent on l'utilise dans un but *thérapeutique*. Elle peut alors former dans certains cas la base même du traitement. C'est ainsi que la dilatation peut être appliquée au traitement des rétrécissements du col, de la stérilité, de l'antéflexion et de la dysménorrhée utérine, ces différents états se trouvant du reste souvent associés. Il ne faut pas croire cependant qu'on doive recourir à la dilatation dans tous les cas de dysménorrhée, comme le font certains spécia-

listes. Un grand nombre de dysménorrhées chez des névropathes sont uniquement justiciables d'un traitement médical. Beaucoup d'autres sont liées à des affections péri-utérines, à la présence de petits fibromes, etc. Il ne faut donc recourir à la dilatation qu'après avoir recherché avec soin les différentes causes de douleurs pelviennes. C'est dans les utérus fortement antéfléchis, dans les cols petits, coniques avec bouchon muqueux, que la dilatation nous a donné le plus de succès pour la cure de la dysménorrhée. Au dire de quelques gynécologues, la dilatation serait surtout indiquée dans les cas où la douleur commence avec l'écoulement et n'est intense que pendant le premier ou les deux premiers jours des règles ; il s'agirait alors, suivant eux, d'une variété de dysménorrhée, méritant le nom de dysménorrhée spasmodique et particulièrement justiciable du traitement par la dilatation.

Dans le plus grand nombre des cas, la dilatation n'est que le temps préliminaire, mais indispensable, d'une autre opération (curettage, ablation d'un polype, etc.).

REVUE GÉNÉRALE

PÉRITONITE ET PYOHÉMIE PUERPÉRALES, TRAITEMENT CHIRURGICAL

LÉOPOLD, BUMM, HOECKEL, CUFF, SEEGERT ET E. CRAGIN

Par le docteur **R. LABUSQUIÈRE.**

La monographie intéressante du professeur G. Léopold commence ainsi : « *Il y a quelques semaines, à la clinique, après un travail court et n'ayant subi qu'un seul examen interne, une IVpare fut atteinte de péritonite aiguë si grave que je ne vis pas d'autre moyen de la sauver que d'ouvrir le ventre, évacuer l'exsudat, drainer et laver à plusieurs reprises avec de la solution salée, chaude, stérilisée.*

« *Le résultat légitima cette intervention par la guérison complète de l'accouchée.* »

Et faisant allusion aux cas semblables observés dans son service, il ajoute : « *J'espère pouvoir montrer que l'attaque chirurgicale d'une maladie aussi grave que la péritonite puerpérale autorise à escompter un plus grand nombre de guérisons. Mais, comme pour la péritonite par perforation, la difficulté capitale consistera toujours à saisir le juste moment pour opérer.* »

Léopold répartit les cas en 5 groupes, partie d'après les causes, partie d'après les symptômes cliniques.

a) 1er *groupe*. — Cas de *péritonite généralisée*, causée par irruption de l'utérus dans le péritoine, de pyogènes (surtout streptocoques, staphylocoques, gonocoques, B. coli). Ici, les circonstances pathogéniques essentielles sont l'adultération du sang, l'augmentation de la rate, la paralysie de l'intestin, la faiblesse du cœur et l'invasion par les mircobes des séreuses d'autres organes.

b) 2e *groupe*. — Cas dans lesquels *les pyogènes pénètrent surtout dans le système veineux*, ne provoquent pas seulement une phlegmasie de l'utérus et des paramétriums, mais produisent une thrombose septique, soit au niveau de l'aire placentaire, soit, par extension du processus, au

niveau de la veine iliaque interne, de la fémorale ou de l'utéro-ovarienne.

c) 3e *groupe*. — Cas dans lesquels *le processus morbide s'est surtout cantonné dans l'endométrium*, puis, de là, dans les annexes d'un côté (endométrite, salpingite, ovarite purulente puerpérale). Avec une hyperthermie élevée, un état général profondément atteint, on trouve en général un utérus enflammé, augmenté de volume, extrêmement sensible, sur l'un des côtés duquel les annexes forment un paquet dur, très douloureux. Ce paquet est le foyer et le point de départ d'une péritonite circonscrite qui, éventuellement, peut se généraliser et entraîner la mort.

d) 4e *groupe*. — Cas dans lesquels tous les symptômes militent en faveur d'*abcès multiples dans la musculeuse utérine et d'une pelvi-péritonite*.

e) 5e *groupe*. — Cas dans lesquels, comme effet de *l'attrition d'une tumeur sub partu ou de l'attrition des tissus suivie de gangrène*, *une péritonite puerpérale* est survenue, ou est en voie de développement.

L'auteur présente les observations dans le tableau synoptique suivant p. 418.

D'après leur début et leur marche, ces faits correspondent à 3 états pathologiques différents : A. 5 cas de *péritonite aiguë généralisée*, avec 3 guérisons, 2 morts (opération trop tardive) ; B. 1 cas de *pyémie* (forme veineuse de la fièvre puerpérale), mort, opérée trop tard ; C. 5 cas de *péritonite circonscrite*, ces 5 cas guéris (opération du 19e au 49e jour *post-partum*).

A. *Péritonite aiguë généralisée*. — Il est très intéressant de comparer les cas guéris et les cas suivis de mort. Les 3 femmes guéries furent laparotomisées du 2e au 3e jour après le début des accidents. Au contraire, il n'est aucunement douteux qu'on est intervenu trop tard chez les 2 femmes qui ont décédé (5e jour). Dans le cas 2, après ouverture du ventre rempli de pus, on vit les vaisseaux lymphatiques paramétriques très engorgés et pleins de pus. Dans l'angle tubaire droit, quantité de lymphatiques, gorgés de pus. Dans le cas 7, toute la cavité abdominale était remplie d'un liquide trouble, rouge sale ; les intestins fortement injectés et couverts de flocons fibrineux récents. Dans la paroi utérine droite et dans l'angle tubaire, existaient des espaces sanguins et lymphatiques remplis de pus. Dans l'angle tubaire gauche, plusieurs abcès gros comme des pois. Deux cultures de ce pus donnèrent des streptocoques. De la considération de ces faits se dégage *le sérieux avertissement de*

NUMÉROS	NOM AGE	ANNÉE DATE	PARITÉ ?	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS MALADIES ÉVENTUELLES	ACCOUCHEMENT ACT[illegible]
Groupe I. 1	H... 34 ans.	1905, 24/7	IV	Fausse couche 5 mois. Accouchement prématuré, 34 semaines, 1902, à 6 mois.	4 semaines avant ter[illegible]
2	F... 21 ans.	1899, 15/10	I	—	A subi l'examen interne [illegible] de la fourchette.
3	39 ans.	1903, 6/12	VII	Avortement il y a 3 semaines. Depuis malade.	—
Groupe II. 4	22 ans.	1903, 7/11	I	Rachitisme. Fluor depuis l'instauration des règles.	Examen interne. Bassi[illegible] chitique, généralement [illegible] Longue durée du trava[illegible] amniotique fétide; [illegible]
Groupe III. 5	32 ans.	1902, 1/3	I	Scarlatine. Diphtérie.	Examen interne. Bass[illegible] lement rétréci. Ulc[illegible] fourchette; restes de [illegible] nes.
6	23 ans.	1902, 12/4	I	Depuis 3 semaines, écoulement jaune.	Pas d'examen inte[illegible] lomes larges et [illegible] Affaiblissement des [illegible] cœur. Incision.
7	26 ans.	1904, 17/2	III	2 accouchements spontanés. Suites de couches fébriles. Infection gonorrhéique pendant la conception.	Pas d'examen interne. L[illegible] l'engagement de la t[illegible]
Groupe IV. 8	19 ans.	1899, 21/9	I	Syphilis héréditaire.	Pas d'examen interne. [illegible] de la fourchette. Enfa[illegible] ment asphyxié.
9	18 ans.	1899, 25/12	I	—	Pas d'examen inte[illegible] de la poche des eaux [illegible] de la clinique.
10	24 ans.	1903, 1/10	I	Un an avant, Alexander-Adams.	Examen interne. Rep[illegible] poche des eaux.
Groupe V.	32 ans.	1902, 9/6	I	—	Examen interne. Tum[illegible] une orange entre l'u[illegible] rectum. Ponction. [illegible] l'anse sigmoïde. For[illegible] ture de la tumeur [illegible] tum. Péritonite.

…FECTÉE LORS DE SON … Gonorrhée ?	MALADIE DURANT LES suites de couches	INDICATIONS et INTERVENTIONS	SORTIE	REMARQUES
…rhée démon-	Au 3e jour, péritonite.	Le 3e jour laparotomie. Drainage suivant 3 directions.	Sort guérie (89 jours)	
jour, examen …sécrétion: go…ée non dou-.	A partir du 8e jour, T. 40°, P. 160. Le 11e jour, péritonite, délire.	Le 12e jour, laparotomie, drainage avec trois gros drains.	*Mort* le 15e jour	Opérée trop tard.
…fectée; très …de depuis …s.	Péritonite aiguë post-abortum.	Laparotomie le 3e jour après le début des accidents aigus, drainage.	Sort guérie le 57e jour post op.	
: nombreux …tocoques.	3e jour, T. 40°,9; P. 180. Frisson, météorisme; métrophlébite puerpérale.	12e jour, recherche d'un foyer purulent; 18e jour, laparotomie, excision de thrombus suppurés.	*Mort* le 19e jour	Opérée trop tard.
examen des …s, streptoco-gonocoques?	Fièvre de 5-10 jours. T. 39°,9; P. 120; frisson, pyosalpinx droit.	16e jour, laparotomie pour pyosalpinx droit; lavage de la cavité abdominale.	Sort guérie le 50e jour	
: streptoco-	4e jour, T. 40°, P. 102; 5 à 46 jours, pyémie.	Laparotomie, excision des annexes droites, lavage de la cavité abdominale.	Sort guérie le 52e jour	
: lochies, des …ocoques.	Du 5e au 8e jour, fièvre; T. 41°,1; P. 160. Météorisme, matité. Péritonite.	Laparotomie. Péritonite typique, lavage, drainage, ablation des annexes.	*Mort* le 9e jour	Opérée trop tard.
aucun germe …que: 15e jour: …ocoques dans …rétion vagi-	Du 5e au 59e jour, fièvre jusqu'à 41°,2; P. jusqu'à 144.	35e jour, ouverture d'un gros abcès. 59e jour, laparotomie, constatation d'un abcès de l'utérus.	Sort guérie le 115e jour	
déjà 17e jour: …tation de go…ues.	T. 40°,3, P. 120 le 3e jour, météorisme.	Laparotomie, gonorrhée ascendante, endométrite puerpérale, salpingite, abcès de l'utérus, drainage.	Sort guérie le 119e jour	
…urs examens, … germes spé…es.	Du 5e au 9e jour, T. 40°; P. 125.	Laparotomie, abcès de l'utérus, drainage.	Sort guérie le 51e jour	
—	Péritonite aiguë.	Laparotomie, drainage du Douglas, lavage de la cavité abdominale, fermeture par en haut du foyer putride.	Sort apyrétique le 62e jour.	

ne pas manquer le moment utile pour opérer dans la péritonite puerpérale aiguë.

« Le juste moment, écrit l'auteur, me paraît être arrivé, lorsque avec une fièvre vive, un pouls accéléré et plus petit, avec les progrès du tympanisme abdominal et de la sensibilité de tout le ventre, survient du hoquet ou des vomissements, quand la coloration cutanée et l'expression physionomique traduisent une infection grave, et lorsqu'en particulier de la matité apparaît dans les deux hypochondres et qu'elle augmente. Dans ces conditions, avec ces symptômes nets de péritonite aiguë, *on peut*, AU DÉBUT DE LA MALADIE, *n'être qu'utile avec la laparotomie.*

« En ce qui concerne la *technique opératoire*, ce sont les particularités de chaque cas qui permettront de décider s'il faut d'abord ouvrir le ventre sur la ligne médiane, puis drainer suivant différentes directions. Mais, en toutes circonstances, j'estime qu'il est nécessaire d'ouvrir le Douglas, de le drainer par le vagin, et qu'il est utile d'ouvrir et de drainer les régions hypochondriaques. En tout cas, il faut se hâter d'ouvrir l'issue la plus rapide à l'exsudat libre.

« Sur l'utilité du *lavage de la cavité abdominale ouverte avec de la solution salée, chaude, stérile*, et sur la prolongation de ces lavages, on sait que les avis des chirurgiens varient beaucoup. Mais, dans nos cas heureux, il me paraît qu'il faut accorder une grande part du succès aux lavages quotidiens. Mais ici, il y a lieu d'indiquer une précaution bien importante : *s'efforcer le plus possible de protéger les incisions, les orifices des drains, pour éviter une infection secondaire.* »

B. *Phlébite purulente puerpérale.* — L'observation communiquée dans le groupe 2 montre nettement combien vite une infection survenue *sub partu* peut se cantonner dans la veine spermatique et jusque dans la veine cave. Au 16e jour de la maladie, cette dernière était déjà pleine de pus.

Dans certains cas de forme veineuse de la fièvre puerpérale, il est impossible d'opérer à temps. IL IMPORTE DE RAPPORTER TRÈS EN DÉTAIL TOUT CAS DE CE GENRE QUI EST OPÉRÉ. Seule, l'analyse soigneuse d'une quantité de faits semblables permettra de préciser le « moment opportun » pour l'intervention.

C. *Péritonite circonscrite avec maladie annexielle unilatérale* (obs. 5, 6), ou *ayant son origine dans un abcès utérin* (obs. 8, 9, 10).

En certains cas, la recherche et la découverte du foyer primitif, point de départ de processus pathologiques prolongés, peuvent être difficiles. Il faut

parfois réussir à isoler, dégager les annexes d'un côté d'un conglomérat de tissus, d'organes soudés. Faut-il dans chaque cas lier ces annexes et les enlever? Peut-être suffira-t-il en certaines conditions (obs. 8, 9, 10) de découvrir, de libérer le foyer de suppuration et de le drainer. Les observations du groupe 4 montrent qu'on n'arriva qu'après des interventions successives sur l'abcès primitif, qui siégeait dans l'utérus ou à côté de l'utérus, et on est en droit de se demander si cette recherche, cette libération — *mais plus précoce* — de la lésion primitive n'eût pas été plus avantageuse aux malades. Sous ce point de vue, l'observation 10 est particulièrement intéressante, dans laquelle la cæliotomie fut faite 24 jours après le début de la maladie, cæliotomie qui permît de mettre à découvert, dans la corne utérine droite, un foyer de suppuration dont le drainage amena la guérison rapide de la péritonite qui l'avait compliqué.

*
* *

Nous avons analysé d'abord le mémoire de Léopold, bien que de date plus récente, parce qu'il vise un ensemble plus large de faits pathologiques. Le travail de Bumm a pour titre : *Traitement chirurgical de la pyémie puerpérale*, avec ce sous-titre : « 5 cas de ligature des veines spermatiques et hypogastriques avec 3 guérisons ».

Le développement extraordinaire des vaisseaux veineux au niveau de l'aire placentaire, qui amène un tel relâchement, une telle dissociation des tissus qu'il leur confère un aspect presque spongieux, suffit bien à expliquer la pénétration des germes pathogènes dans ces vaisseaux avec leurs effets, dont la gravité est fonction de la virulence de ces mêmes germes : « la diffusion des streptocoques — c'est d'eux qu'il s'agit presque toujours — peut se faire de diverses façons : les formes très virulentes vont, très rapidement, de l'endométrium et, le long des endothéliums en suivant le courant sanguin, des plexus veineux utérins jusque dans les veines aortique, hypogastrique, veine cave, veine fémorale. A cette variété de la phlébite septique, dans laquelle prédomine la formation d'ulcérations suppurées dans la paroi veineuse et la thrombose, secondaire seulement et limitée, correspond le type clinique de la *pyémie aiguë*. Les frissons surviennent peu après le début de la maladie, à la fin de la 1re ou au cours de la 2e semaine du puerpérium, et se renouvellent à intervalles courts. Souvent, à côté de la phlébite phlegmoneuse évoluent des processus phlegmoneux dans la paroi utérine et dans le tissu connectif des ligaments larges, processus qui peuvent s'étendre au péri-

toine et alors masquer la physionomie clinique de la pyémie pure.

« L'atteinte de l'endométrium est-elle due à des streptocoques peu virulents, l'envahissement des veines, leur infection et l'extension du processus sont plus tardifs. D'autre part, la tendance à la suppuration est moindre et peut même manquer tout à fait. Dans ce dernier cas, quand les streptocoques provoquent ainsi que dans l'érysipèle des effets inflammatoires et non suppurés, l'endo-phébite avec ses thromboses étendues réalise le type clinique de la *phlegmatia alba dolens*. Les germes possèdent-ils quelque activité pyogène, les symptômes de la *pyémie chronique* se dessinent graduellement. Souvent on constate que, seules, les veines qui étaient déjà thrombosées sont atteintes ; la diffusion des germes et la liquéfaction suppurative des thrombus se fait de leur centre, contrairement à ce qui a lieu dans la pyémie aiguë où les germes attaquent directement la paroi veineuse, et la thrombose s'accomplit d'abord à la périphérie et secondairement. Le peu de force d'invasion des germes correspond à l'apparition tardive des frissons. Il peut s'écouler, à partir soit de l'accouchement, soit du début des symptômes légers, révélateurs d'endométrite 3, 4 et même plus de semaines, avant que ne se soit effectuée la fonte purulente d'un thrombus et que le passage dans le sang de substance infectieuse n'ait déterminé un frisson. Les frissons ne se suivent pas d'aussi près que dans la pyémie aiguë ; ils peuvent être séparés par des délais de plusieurs jours, d'une semaine ; en général, l'organisme a le temps de se remettre de ces chocs, et la maladie traîne des semaines, des mois.

« Durant ce temps, l'endométrite primitive est depuis longtemps guérie, le thrombus suppuré est le seul foyer morbide dans le corps, comme le frisson est le seul phénomène pathologique réactionnel. »

« Tandis que la *phlegmatia alba dolens* comporte un pronostic bénin, *en général la pyémie puerpérale entraîne la mort.* Sans exception, la mort est l'issue des formes aiguës de cette affection. Les altérations étendues qu'a produites l'infection dans le système veineux rend la guérison impossible. Dans la pyémie chronique, à début tardif, quand la thrombose s'est limitée à un segment veineux peu étendu, sans doute la guérison est possible par l'enkystement et l'isolement du pus. *Toutefois, d'après mon expérience, je dois noter que cette issue heureuse n'est pas fréquente. Ainsi sur* 23 *femmes atteintes de pyémie ayant évolué au delà des trois semaines du puerpérium,* 4 *ont guéri, ce qui donne une mortalité de* 83 *p.* 100 ! Des traitements institués contre le septicémie puerpérale,

à peu près tous se sont montrés impuissants contre thromlophlébite suppurée la pyémie puerpérale. Il est évident que tout traitement local ne peut être qu'inefficace sinon nuisible, le foyer morbide étant situé hors de l'utérus. Du sérum, on peut espérer quelque effet au début de l'envahissement des veines par les bactéries, mais plus rien dès que des abcès existent dans les veines. A mon avis, c'est la méthode de Fochier — provocation d'abcès par des injections sous-cutanées de térébenthine — qui mérite le plus de crédit (en sa faveur militentnon seulement les guérisons qui ont suivi son emploi, mais aussi ce fait d'observation que les pyémies chroniques qui s'accompagnent de suppurations métastatiques multiples des articulations, des muscles, etc., comportent un pronostic meilleur que les pyémies qui évoluents ans manifestations métastatiques notables). De 4 cas de pyémie puerpérale chronique que j'ai vus guéris, 2 s'étaient particularisés par le développement spontané de nombreux abcès sous-cutanés et intra-musculaires, et dans un 3e on avait provoqué, à la Fochier, deux abcès de fixation. »

« *Historique du traitement chirurgical.* — Le traitement chirurgical de la pyémie puerpérale, c'est-à-dire la ligature et l'excision des veines infectées et pleines de pus, a été proposé dès 1894 par Sippel, qui conseillait dans les cas appropriés non seulement d'extirper l'utérus, mais en outre de poursuivre les veines spermatiques internes et utérines et d'en exciser, dans la mesure du possible, toute la partie malade. En 1896, W.-A. Freund appliqua, mais sans succès, la méthode chez 2 malades. Impressionné par la publication de Freund, j'ai dans 3 cas, où l'exploration clinique permettait de localiser le siège de la thrombose dans les veines spermatiques, pratiqué la ligature et l'exérèse de ces veines. Dans un des cas, il y avait, indépendamment de la thrombo-phlébite, un phlegmon septique du tissu cellulaire rétro-péritonéal ; dans un autre, un abcès haut situé dans la veine spermatique resté *in situ* ; enfin dans le 3e cas, la trombose suppurée s'était étendue dans le ligament large, les 3 malades moururent. Trendelenburg fit faire un pas à la méthode, en préconisant d'étendre la ligature à la veine hypogastrique (mise à découvert par voie extra-péritonéale, à l'aide d'une incision faite au-dessus du ligament de Poupart). Dans 4 cas de pyémie aiguë avec thrombo-phlébite étendue et abcès périphlébitique, *insuccès*; par contre, dans un autre cas de pyémie chronique après avortement, la ligature double et l'exérèse de la veine hypogastrique droite eurent pour effet de supprimer tout frisson durant 10 jours, et ceux-ci ayant reparu, la ligature et l'excision d'un segment

de la veine spermatique droite amenèrent la guérison. E. Michels publia un autre cas de succès chirurgical ; dans ce cas particulièrement favorable, la thrombo-phlébite *post abortum* s'était cantonnée dans la veine spermatique gauche. »

Bumm a appliqué la méthode dans 4 cas.

Obs. 1. — 20 ans ; en 1902 et 1903, accouchements normaux ; le 24 juillet 1904, accouchement, chez elle, de deux jumeaux. Le lendemain, deux frissons. T., 40°. Le jour suivant, frisson nouveau. Hospitalisation. *État* : ventre très tendu, phénomènes de phlegmasie péritonéale, matité au niveau des deux régions inguinales. Une ponction avec la seringue de Pravaz retire du pus, qui contient des bacilles et des streptocoques. Le 24 juillet, des deux côtés, large incision au-dessus du ligament de Poupart ; beaucoup de pus sort du ventre, les anses intestinales sont libres. Drainage. Immédiatement, amélioration générale, chute du pouls et de la température. Le 8 août, les plaies cicatrisant régulièrement, de nouveau, frisson. T., 40°. A partir de ce moment, durant les mois d'août et de septembre, répétition des frissons qui s'accompagnent de températures à 40 et 41°, tous les deux jours d'abord, puis tous les jours ; affaiblissement manifeste de la malade. Les phénomènes péritonéaux ont depuis longtemps disparu, les orifices des incisions sont guéris ; on ne trouve pas de foyers de suppuration ou d'autres localisations de la septicémie ; l'utérus est petit et dur, pas de sécrétion ; seulement, dans le paramétrium droit, on perçoit une résistance comme un cordon et une tuméfaction pâteuse, qui s'étend de l'utérus vers la paroi pelvienne et qui est douloureuse au toucher. *Opération* le 22 septembre, la malade ayant eu un frisson dans la matinée. Incision suivant la ligne blanche. Péritoine partout lisse, non altéré. Ligature des veines spermatiques des deux côtés ; à la section au thermo-cautère, ces vaisseaux paraissent libres. A partir du point de ligature, le péritoine est incisé en dehors, puis le ligament large droit ouvert. On voit le plexus veineux épaissi et amalgamé en un paquet, le tissu connectif voisin est infiltré et induré. Isolement et ligature de la veine hypogastrique avec un fil de soie. A une inspection soigneuse, le ligament large gauche ayant paru infiltré, isolement et ligature de la veine hypogastrique gauche. Fermeture de la fente péritonéale de chaque côté, au moyen d'une suture au catgut ; fermeture du ventre ; durée de l'opération : 20 minutes.

Durant les 3 premiers jours, état de bien-être, pas de frisson, Température au-desous de 38°. Forte tuméfaction des lèvres et de la région fessière. Le 4e jour, au soir, élévation de la température à 40°,4 avec frissons qui, au dire de la malade, sont beaucoup moins pénibles. Le lendemain, au soir, encore 40°, 5 avec légers frissons ; le jour suivant, le soir, 38°,8 et 39°,6 sans sensation de froid ; à partir de ce moment, chute de la température et rapide *guérison*.

Obs. 2. — 28 ans, accouchement en ville. le 31 août 1904 ; forceps, déchirure du périnée, du col ; 3 jours après, frisson ; engorgement douloureux des

paramétriums ; ponction qui évacue un liquide séro-purulent, streptocoques, etc. Le 26 septembre, frisson prolongé, T. 41°,5; répétition des frissons. Le 3 octobre, *opération*. Des deux côtés, ligature des veines spermatiques et exérèse de la partie thrombosée, ligature des veines hypogastriques. *Suites opératoires* : Forte tuméfaction œdémateuse des organes génitaux, de la paroi abdominale dans la région lombaire et de la cuisse droite. La partie inférieure de la plaie abdominale suppure, elle s'ouvre ; il y a du catarrhe vésical très douloureux; la température ne redevint normale qu'à partir du 23 décembre. Guérison.

Obs. 3. — 26 ans. Premier accouchement spontané ; accouchement actuel le 30 septembre 1904, haut forceps. Depuis le 2 octobre, fièvre; le 16 et 17, frissons; *hospitalisation* le 17 octobre. Déchirure du col (streptocoques). Paramétrium gauche infiltré, gonflement aux deux jambes. Les jours suivants, fièvre vive. Les 23, 25, 28 octobre, frissons. T., 40°. Le 5 novembre, ouverture d'un abcès du mollet droit; *signes d'une localisation de la septicémie dans les veines du bassin. Opération* le 21 novembre. *Ligature des veines hypogastrique et iliaque externe, à la soie.* Dans les 2 jours suivants, plus de frisson. T., 37°,8 jusqu'à 38°,5. Gonflement de la grande lèvre gauche et mort le 26 novembre.
Nécropsie. — Dans le voisinage de l'excavation pelvienne, anses intestinales couvertes d'un léger exsudat et faiblement adhérentes; dans les régions déclives, un peu de liquide trouble (streptocoques). Au-dessous de la suture péritonéale faite pour fermer l'incision nécessitée par la mise à découvert des vaisseaux, un peu de liquide trouble, fétide. A droite, veines libres; à gauche, veines hypogastrique et iliaque externe, pleines de thrombus ramollis, suppurés, qui se prolongent au delà des ligatures jusque dans la veine iliaque commune. Dans la veine cave inférieure, jusqu'à l'anastomose des veines rénales, masses adhérentes à la paroi veineuse.

Obs. 4. — 21 ans, accouchement spontané le 1er février 1905; placenta exprimé, déchirure du périnée suturée. Le 3 février, frissons; le 8, frisson, fièvre vive ; le 9, hospitalisation. Extraction par curettage de deux fragments du placenta fétides. Frisson, qui, à partir de ce moment, se reproduit tous les 2 ou 3 jours. Aux organes génitaux, aucune localisation constatable de septicémie; par contre, dès le 17 février, accidents cardiaques, augmentation de la zone de matité, souffle systolique pulmonaire. Affaiblissement progressif. Le 12 mars, on constate, pour la première fois, de l'infiltration du paramétrium gauche ; le 18 mars, sensibilité à la pression au niveau des vaisseaux fémoraux et tuméfaction de la jambe gauche. Le 20 mars, *opération. Ligature* des veines spermatique et hypogastrique gauches. Les frissons qui, avant l'opération, s'étaient produits 6 jours durant avec une température à 41°,8, cessèrent après la ligature et la température retomba d'abord à la normale. Mais, elle se releva graduellement jusqu'à 40° le 3e jour après l'opération. Il se produisit un gonflement considérable de la grande lèvre gauche et de la région génitale gauche ; faible tuméfaction de la jambe gauche. Le 23, douleurs lan-

cinantes dans le poumon droit, matité. Une ponction donna du pus qui contenait des streptocoques. Évacuation du contenu de l'abcès. D'abord, amélioration légère ; le 27 mars, aggravation brusque et mort.

Nécropsie. — Foyer suppuré dans le lobe inférieur du poumon; pleurésie. Cœur normal. Utérus petit, bien involué. A droite, paramétrium et veines libres. A gauche, thrombus suppurés dans des petites veines du bassin; le processus thrombosique a dépassé les points de ligature; il y a des thromboses dans la veine iliaque comme dans la veine cave inférieure jusqu'au-dessous de l'anastomose des veines hépatiques ; à l'iliaque externe, thrombus récent.

« Il ressort des faits précédents *qu'on a pu dans 2 cas de pyémie puerpérale chronique, par la seule ligature* (pas d'exérèse comme dans les cas de Trendelenburg et Michels) *des veines hypogastriques, empêcher l'irruption continue de substances toxiques dans la circulation, et ainsi obtenir la guérison.* A tous ces faits de guérison de pyémie puerpérale guéris par la ligature, ce trait commun : *qu'il s'agit de processus à évolution nettement chronique et de thrombo-phlébite circonscrite à certains territoires veineux. Ces cas ne sont pas rares. Et comme les chances d'une guérison spontanée sont très faibles, la tentative de les amener à guérison par la ligature des troncs veineux efférents paraît bien légitime. L'acte opératoire nécessaire n'est pas difficile, on peut lier les deux veines spermatiques et même les deux veines hypogastriques s'il y a probabilité d'un processus pathologique des veines pelviennes* ; un seul risque: celui d'un gonflement œdémateux passager des organes génitaux et du tissu cellulaire pelvien. »

Bumm rappelle que cette méthode opératoire a jusqu'ici (juillet 1905) toujours échoué dans le cas de pyémie aiguë (cas de Freund, Bumm, Trendelenburg) ; il croit fermement toutefois que, même dans ces cas, à évolution extensive rapide, galopante en quelque sorte, il serait possible d'obtenir des guérisons par la ligature *très précoce* précédée d'une laparotomie exploratrice.

En ce qui concerne la voie de choix : *a*) *transpéritonéale* ; *b*) *extrapéritonéale* avec utilisation de l'incision latérale (de la 11e côte au milieu du ligament de Poupart), la dernière serait peut-être plus appropriée dans le cas de pyémie aiguë où les risques d'infection du péritoine et des incisions rétro-péritonéales sont plus grands, à cause des processus péri-veineux, lymphangitiques, etc., dont elle s'accompagne ; mais dans tous les autres cas, la voie transpéritonéale, qui permet une investigation bien plus précise des lésions et une détermination plus exacte des ligatures à effectuer, est préférable.

« Je crois, écrit Bumm, qu'il faut dans la pyémie renoncer à l'extir-

pation de l'utérus, lier et éventuellement exciser les veines spermatiques, mais, pour les veines hypogastriques, se borner à la ligature. Faite à temps et où il faut, la ligature suffit à amener la guérison. Avec l'interruption de la circulation, cessent l'irruption dans le torrent circulatoire des substances nocives parties du ou des thrombus et les frissons. Dans les segments veineux liés, le pus peut s'enkyster, puis être résorbé, ou bien, au pire, des abcès peuvent se former, dont l'évacuation amène la sédation.

« Les frissons abortifs et les élévations thermiques modérées qui accompagnent ces interventions et qu'on observe dans les interventions similaires pour thromboses des sinus, sont en général bien tolérés par les femmes. » En terminant, l'auteur cite *un cas*, *le premier*, *semble-t-il, de guérison de pyémie aiguë dans les suites de couches*, mais *post abortum!*

Encouragé par les communications de Trendelenburg, de Michels, et surtout par celle de Bumm que nous venons d'analyser, H. Hæckel (de Stettin) a appliqué la méthode dans un cas bien choisi et aussi avec succès.

Obs. — 42 ans. Le 28 mai 1905, curettage en ville pour môle hydatiforme. Immédiatement après, fièvre. Le 1er juin, hospitalisation. État : écoulement génital abondant, mais paramétrium libre. T. vespérale, 39°,6. Le lendemain la fièvre cesse; involution normale de l'utérus, cessation de l'écoulement. Le 21 juin, frisson, qui est suivi de plusieurs autres. Injections intra-veineuses de collargol, suivies d'une accalmie transitoire; puis, de nouveau fièvre, frissons violents, faiblesse du cœur. Pas d'abcès métastatiques, mais dans les paramétriums empâtement, sensations de masses vermiformes, etc. Le 11 juillet, *opération* : cœliotomie, péritoine normal, non enflammé, non adhérent; tous les organes très pâles, utérus petit, plexus veineux spermatique et hypogastrique donnant la sensation de cordons mous. *Ligature des veines spermatiques et hypogastriques.* Suture continue au catgut de la fente péritonéale, bilatérale, faite pour l'isolement des veines hypogastriques; fermeture à 3 étages de la plaie abdominale.

Le lendemain matin de l'opération, survint encore un frisson, mais moins violent, T. 38°,8; à partir du 20 juillet, température normale. Le 3 août, léger et court frisson. Le 21 août, la femme se lève. L'état général s'était vite amélioré; et, sauf un gonflement léger, passager de la jambe droite, on ne constate aucune réaction locale. Pas de tuméfaction des organes génitaux.

Hæckel rapporte ensuite un cas de pyémie aiguë contre lequel la même méthode échoua. Il rappelle ensuite les insuccès antérieurs subis dans des conditions semblables, de même que le cas de guérison, cité par Bumm, de pyémie aiguë *post abortum* noté plus haut.

Dans le *Journal of Obstetrics and Gynecology of British Empire*, mai 1906, A. Cuff cite l'observation suivante :

Obs. — 30 ans, accouchement fait par une sage-femme le 6 novembre 1905. Enfant volumineux; délivrance naturelle, pas de déchirure du périnée. Deux jours après, frisson suivi d'une transpiration abondante, 10 novembre, T., 40°,4; P., 126; R., 36. Utérus non douloureux, pas d'écoulement fétide. Injections au biiodure. L'hyperthermie persistant, le 11, curettage qui amène quelques débris de placenta. Tous les jours, poussées hyperthermiques et sueurs. Les 14, 15, 16 et 17, injections de sérum antistreptococcique, mais sans résultat appréciable. *Examen du sang* peu significatif; il parut y avoir des *cocci*. 21 novembre, T., 40°,8 ; P., 132 ; R., 26 ; le même jour, constatation, dans la région iliaque droite, d'un empâtement mou, de la grosseur environ du poing et siégeant dans la portion supérieure du ligament large droit. 22 novembre, *hospitalisation*. Femme délicate, émaciée, teinte jaune, lèvres sèches, langue saburrale ; pouls petit, rapide, peau froide. Un peu de météorisme abdominal, mais ventre souple, indolore. De l'empâtement dans la portion supérieure du ligament large droit est reconnu. Diarrhée légère. Dans les jours suivants, l'impression que la malade va en empirant est nette, et de l'analyse des symptômes, on déduit que *les veines pelviennes sont atteintes de thrombose, avec œdème circum voisin, qu'il y a peut-être du pus dans le ligament large*. Le 3 décembre, *cœliotomie* médiane. Dans le ligament large droit, il y avait une masse de consistance peu ferme et s'étendant de la paroi utérine à la paroi pelvienne. Ovaires et trompes normaux des deux côtés. Le ligament large incisé, on vit qu'il s'agissait d'un *épais paquet de veines thrombosées*, qui fut solidement ligaturé en dehors et en dedans. Au moment de la ligature externe, on remarque une veine volumineuse thrombosée, l'utéro-ovarienne, qu'on peut suivre jusqu'à son embouchure dans la veine cave. On la ligature aussi, un demi-pouce environ au-dessous de son embouchure. Elle était, sur tout son trajet, entourée d'une large zone de tissu œdémateux, induré. La nuit qui suivit, T., 36°,6 ; P., 100. 4 décembre, température toujours au-dessous de la normale. Après quelques oscillations légères, la température resta normale à partir du 15 décembre. Pas de frissons après l'opération, mais pendant plusieurs jours de faibles sueurs. Pendant la première semaine, elle se dit très bien : sommeil calme, fonctions régulières ; puis, durant 3 ou 4 jours, l'opérée se plaignit vivement de douleurs au genou gauche, aux hanches (pas de signes objectifs). Elle quitta l'hôpital bien portante, vigoureuse, et, en février 1906, elle confirmait que sa santé était parfaite. (*Guérison.*)

Il s'est agi en toute vraisemblance, écrit l'auteur, d'un cas de *pyémie puerpérale subaiguë*, guérie par le procédé thérapeutique conçu et appliqué avec une chance diverse par Freund, Michel et Bumm. Les frissons survinrent environ trois semaines après le début de la septicémie primitive, mais, déjà, la courbe thermique marquait la gravité de

l'état. Ces cas, heureusement, ne sont pas fréquents. Il en est dans lesquels l'utérus lui-même est rapidement infecté, ses parois sont pénétrées de germes. Évidemment, en ces conditions, la simple ligature ne paraît pas devoir légitimer de grandes espérances. D'autres cas sont si aigus dans leur apparition qu'avant même qu'on se soit formé une idée de leur nature, ils ont déjà tant progressé qu'il n'est plus d'intervention justiciable ou exécutable ; enfin, il y a peu à faire quand des foyers septiques au foie, aux poumons, existent déjà. Mais, à condition de pouvoir faire le diagnostic probable de thrombose vasculaire, septique, qu'il s'agisse d'un cas aigu ou chronique, les graves contre-indications notées plus haut pouvant être écartées (forme suraiguë, foyers septiques pulmonaires, etc.), il semble que le traitement qui fut adopté ici pourra être le traitement de l'avenir.

Mais il s'applique plutôt aux formes subaiguës. Quant à la voie de choix, l'auteur estime que c'est *la voie transpéritonéale*.

*
* *

La lecture des documents qui précèdent montre donc qu'on peut, chirurgicalement, obtenir des guérisons dans des formes d'infection puerpérale grave (péritonite, pyémies), qui, à défaut de ce traitement chirurgical, paraîtraient devoir entraîner une issue fatale. A se reporter à ce que l'on observait dans les maternités officielles, il y a environ un quart de siècle, à la terminaison habituelle alors des péritonites et des pyémies puerpérales sévères, on est tenté de convenir que des progrès réels paraissent s'accomplir dans la thérapeutique de ces complications redoutables, progrès qui sont, en obstétrique, les analogues de ceux obtenus déjà dans le traitement des péritonites en général, des thrombophlébites qui compliquent les affections des sinus dans les otites, etc. Toutefois, il ne faut pas déjà conclure à l'accord unanime des auteurs sur la valeur des nouvelles méthodes, car voici ce qu'écrit sur ce point particulier P. Seegert (Universitats-Frauenklinik, de Berlin, chef de service prof. Olshausen), dans une monographie intéressante : *Verlauf u. Ausbreitung der Infektion bei septischen Abortus* (1) : « Je dois, ici, tracer brièvement la marche et le traitement de la septicémie puerpérale à forme thrombo-phlébitique, parce que *nous avons vu guérir le plus grand nombre des pyémies, grâce à un traitement convenable, sans liga-*

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LVII, Hft 3, p. 344.

ture des veines spermatiques et hypogastriques. Je ne puis, d'après l'examen des observations des dix dernières années, souscrire aucunement à cette affirmation de Bumm « qu'en général, la pyémie puerpérale « entraîne la mort ». Si aux « pyémies post-abortives » j'ajoute les pyémies puerpérales associées aux accouchements à terme, il m'est impossible de partager son impression très pessimiste. De 70 femmes atteintes de « pyémies post-partum (à terme) », traitées au cours des 10 dernières années, 43, soit 61 *p.* 100 *purent être renvoyées guéries.* La durée *maxima* du traitement fut 7 mois. 20 femmes, soit 28,5 p. 100, moururent, 2 furent transférées ailleurs pour cause de psychoses puerpérales, 5 partirent contre l'avis médical. Ce dernier fait s'explique par le mieux-être subjectif qui succède à la cessation des frissons et qui illusionne les malades au point qu'elles se croient entièrement guéries. L'étude des faits m'a convaincu que seules les pyémies post-partum compliquées de lésions, de processus lymphangitiques, d'endocardite comportent *a priori* un pronostic sévère. Les détails fondamentaux du traitement sont : exploration de la cavité utérine et irrigation consécutive avec solutions alcooliques faibles dans les cas récents ; boissons abondantes, vins généreux, cognac et bière, beaucoup de lait, de café, solutions de glycose; soins minutieux de la bouche, prophylaxie vigilante des accidents de décubitus, quinine à haute dose, *per os* ou en injections sous-cutanées, immobilisation, s'efforcer le plus possible de réchauffer les malades, etc. C'est là un ensemble de précautions qui, à la clinique d'Olshausen, ont permis d'atténuer considérablement le pronostic des pyémies puerpérales, de le rendre beaucoup meilleur que ne l'indiquent les chiffres de mortalité de Bumm (83 p. 100) et de Winkel (95 p. 100). On a vu ainsi guérir des cas avec des douzaines de frissons, un même où il y en avait eu 70! etc. Aussi, la devise : *in cultro* est plus le salut, me paraît extrêmement douteuse. »

Dans un article sur le traitement de l'infection puerpérale, B. Cragin, à propos de la valeur de la *chirurgie pelvienne radicale*, qu'il s'agisse de « toxémie ou de bactériémie », estime qu'en général l'hystérectomie n'est indiquée ni dans les cas où le processus est encore cantonné dans l'utérus, ni dans ceux de bactériémie sans localisation spéciale. Une intervention aussi agressive en semblables conditions serait non pas seulement inefficace, mais nuisible, en réduisant, par le shock opératoire, la somme des résistances vitales de la malade; *la manière dont certaines malades guérissent après des semaines, et même des mois de fièvre, est*

remarquable et ne saurait se comparer qu'à la fièvre typhoïde (une de ces femmes guérit en particulier après 65 jours de fièvre, après des déterminations articulaires successives, temporo-maxillaire entre autres, etc.). Pourtant, dans quelques cas *très rares*, où la paroi utérine est comme bourrée d'abcès, l'hystérectomie seule peut guérir. Toutefois, la mortalité opératoire reste élevée, 5 cas ont donné à l'auteur 60 p. 100 de mortalité. Durant la seconde moitié du puerpérium, un pyosalpinx s'est-il produit qui maintient l'hyperthermie, il est indiqué de le supprimer avec ou sans l'utérus, d'après l'état de celui-ci ; on peut aussi obtenir des *succès, qui seront d'autant plus nombreux que la nécessité d'intervenir s'imposera plus tard dans le puerpérium* : « Ma règle est de ne jamais faire une hystérectomie pour infection puerpérale au cours du puerpérium ; *j'ai opéré un certain nombre de cas de péritonite puerpérale, suppurée, généralisée, mais je n'ai pas guéri une seule femme*. Dans un cas de cellulite pelvienne, avec persistance de la fièvre et constatation d'une masse dans le paramétrium, ne pouvant sûrement écarter l'hypothèse d'un pyosalpinx, je fis la cœliotomie ; mais n'ayant alors trouvé que de la paramétrite intra-ligamentaire, je refermai le ventre, me proposant de drainer au cas de suppuration ; mais l'application de la glace et le repos amenèrent la guérison. En cas de suppuration pelvienne para-vaginale, le meilleur traitement consisterait dans l'incision par le vagin combinée avec le drainage. »

Comme on le voit, le traitement chirurgical a échoué complètement dans les mains de l'auteur contre la péritonite puerpérale, et il n'est aucunement question, dans sa monographie, de ligature et d'exérèse veineuse dans les cas de pyémies avec thromboses.

Somme toute, la question comporte un grand complément de documentation et, ici comme ailleurs, il y a lieu de croire qu'assez longtemps encore, des conditions multiples de personnes et de milieux influeront sur la conduite à adopter dans ces cas difficiles où le traitement chirurgical exige parfois une décision et une habileté qui ne sont pas précisément *monnaie courante*.

R. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LÉOPOLD, *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LXXVIII, Hft. 1, p. 1. — BUMM, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 289. — HOECKEL, *Deutsche med. Wochensch.*, 1905, n° 41, p. 1637. — A. CUFF, *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mai 1906, p. 317. — P. SEEGERT, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, Bd. LVII, Hft. 3, p. 344. — B. CRAGIN, *Am. J. of Obst.*, juin 1906, p. 775.

REVUE CLINIQUE

KYSTE DE LA PETITE LÈVRE

Par le docteur **V. RICHE**, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier (1).

Une femme de 45 ans entre en août 1905 dans le service de mon maître M. le professeur Forgue, que j'avais l'honneur de suppléer.

Rien de particulièrement intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle a eu huit grossesses, dont deux se sont terminées par des avortements à 3 et 5 mois.

Il y a quatre ans, elle a vu apparaître, à la partie moyenne de la petite lèvre gauche, une petite tumeur, qui a grossi progressivement, jusqu'à présenter il y a un an le volume d'une grosse amande verte. A ce moment, la tumeur s'est partiellement vidée, et pendant quelques mois il a persisté un écoulement blanchâtre. Elle s'est ensuite reproduite peu à peu.

La tumeur occupe la petite lèvre gauche dans presque toute son étendue, elle n'en laisse libre environ que le quart inférieur. Elle a une forme ovoïde à grand axe vertical, comme le montre la photographie ci-jointe; son volume est, comme nous le disions plus haut, celui d'une grosse amande. Elle n'est pas pédiculée, mais incluse en plein dans la petite lèvre, dont elle paraît avoir séparé les deux feuillets.

Indolore spontanément, elle est douloureuse à la pression, qui donne une sensation de fluctuation très nette. Aucune trace de trajet fistuleux.

Je fais, sans incident notable, l'ablation de la tumeur.

Voici maintenant les détails de l'examen anatomo-pathologique, pratiqué par M. le professeur Bosc, et dont j'ai l'honneur de soumettre une préparation à la Société.

Macroscopiquement, la tumeur est constituée par un grand kyste à paroi interne lisse, renfermant un liquide jaunâtre, d'une consistance de crème fluide. Au voisinage du pôle supérieur de la tumeur, on voit proéminer dans la cavité du grand kyste deux ou trois petites formations kystiques, du volume d'un pois environ, d'aspect nacré, à travers lesquelles passent les coupes qui ont été faites en vue de l'examen microscopique, et qui intéressent également les parties voisines de la paroi du grand kyste.

(1) *Bull. de la Soc. Anat.*, octobre 1905.

Microscopiquement, la paroi du grand kyste est revêtue par une rangée de cellules cylindriques à noyau basal, volumineuses, irrégulières par tassement, et reposant directement sur un tissu conjonctif enflammé. Ces cellules ont un protoplasma clair, traversé par une fine trame, en rapport avec l'état vésiculaire, qui aboutit à une destruction granuleuse dans le liquide du kyste. Le noyau, fortement coloré, devient très volumineux, et l'on peut constater deux et plusieurs noyaux dans une même cellule. La dégénérescence muqueuse est très intense par places, certaines cellules arrivant à disparaître complètement,



d'autres ne tenant à la trame conjonctive que par une fine pointe. En plusieurs endroits, cette formation épithéliale présente un aspect légèrement papillomateux, avec un cul-de-sac à cellules cylindriques, qui ressemble beaucoup à une coupe de glandes de la muqueuse utérine. La trame conjonctive, qui est au-dessous, est constituée par une prolifération des cellules conjonctives, des plasmazellen, des vaisseaux très dilatés renfermant des polynucléaires, lesquels font une diapédèse marquée en certains points.

Les petits kystes présentent un revêtement formé également de cellules cylindriques tassés les unes contre les autres, à gros noyau basal, parfois à noyaux multiples. Ces cellules subissent une dégénérescence muqueuse progressive. Certaines s'arrondissent, renferment un noyau extrêmement volu-

mineux, et peuvent s'éliminer ainsi dans le liquide. D'autres, gardant leur forme cylindrique, présentent jusqu'à 4 et 5 noyaux, qui viennent remplir la partie superficielle du protoplasma, tandis que la partie aboutissant à la paroi s'effile. La trame conjonctive sur laquelle reposent les cellules cylindriques est constituée par un tissu d'aspect embryonnaire, infiltré de cellules conjonctives jeunes, qui prennent le type de plasmazellen. On y trouve aussi quelques mononucléaires, mais pas de polynucléaires. Le contenu du kyste est muqueux, englobant des débris de cellules et de noyaux.

Lorsqu'on examine certaines parties d'un des petits kystes, on constate que les cellules bordantes sont cubiques et présentent une structure aréolaire qui ressemble beaucoup à celle d'une cellule sébacée. Elles peuvent même s'aplatir complètement sur le tissu conjonctif, et l'on trouve ainsi toutes les transitions entre les cellules muqueuses cylindroïdes et des cellules qui rappellent le type sébacé. Elles paraissent néanmoins très différenciées, par l'existence au niveau de leur bord libre d'un épaississement qui ressemble à un plateau.

Dans l'espace compris entre les kystes et le recouvrement de la muqueuse, on trouve des nodules représentant la coupe de glandes sébacées, et formés de grosses cellules qui, même les bordantes, présentent le type de la cellule sébacée proprement dite, les dernières ayant toutefois un protoplasma un peu plus homogène et teinté et une forme un peu cubique.

Au voisinage à la fois de ces culs-de-sac glandulaires et des petits kystes, on constate une formation qui comporte une lumière centrale, bordée de cellules claires à gros noyau, de forme cubique, reposant sur d'autres cellules aplaties, d'un type malpighien rendu indubitable par l'existence de filaments d'union.

Il semblerait, d'après ce fait, qu'il soit possible de discuter l'opinion que les kystes peuvent prendre leur origine au niveau d'un cul-de-sac de cellules sébacées jeunes, d'origine malpighienne, pouvant évoluer vers la forme cylindroïde avec transformation muqueuse consécutive.

Des observations analogues de kystes de la petite lèvre ont été publiées dans les comptes rendus de la Société par MM. Morestin, Fredet, Péraire, Prat. Il n'en est pas moins vrai que c'est là une affection rare. Dans tous les cas, le revêtement épithélial du kyste était formé par des cellules cylindriques, sauf dans celui de Prat, où il s'agissait d'un épithélium pavimenteux.

Quant à la pathogénie de ces formations kystiques, il faut avouer qu'elle est loin d'être élucidée. La plupart des auteurs tendent à leur attribuer une origine wolfienne. Ce n'est pas l'avis de Fredet qui constate « qu'aucune conclusion ne peut être solidement établie dans l'état actuel de nos connaissances sur les kystes à épithélium cylindrique de la petite lèvre ».

M. le professeur Bosc pense qu'il ne serait pas impossible que ces

kystes prissent leur origine au niveau d'un cul-de-sac de cellules sébacées jeunes, d'origine malpighienne, dont l'évolution se ferait vers la forme cylindroïde. Cette opinion n'a rien d'invraisemblable : la coupe ci-jointe montre bien les formes cellulaires de transition. Ce qui lui donne encore plus de force, c'est que, comme l'a montré Wertheimer, les glandes sébacées de la petite lèvre, si nombreuses et si volumineuses à ce niveau, sont soumises à des variations de volume assez considérables ; apparues tardivement, elles restent stationnaires jusqu'à la puberté, où elles augmentent de volume, pour acquérir leur plus grand développement pendant la grossesse.

REVUE ANALYTIQUE

Indications et technique de l'opération césarienne. — Rapport du professeur G. CALDERINI (Bologna). XVe *Congrès international de médecine à Lisbonne.*

I. OPÉRATION DE PORRO. — La technique que j'ai suivie pour l'opération de Porro avec traitement externe du pédicule (réservé de préférence pour les cas de septicité ou de lacération de l'utérus) est la suivante : incision de la paroi abdominale du pubis à la cicatrice ombilicale, éventration de l'utérus, clôture temporaire de la partie supérieure de l'incision par les pinces Museux, incision sagittale ou transversale du fond, extraction de l'enfant et de l'arrière-faix, transfixion de la région cervicale de l'utérus par l'aiguille de Kaltenbach portant un double cordon en caoutchouc, ligature en deux moitiés, au-dessous des ovaires, des ligaments larges et du col de l'utérus, après avoir tordu les deux cordons afin d'embriquer les deux anses, ligature des deux bouts du cordon avec fils de soie avant de faire le nœud. Amputation de l'utérus et des annexes, accolement du péritoine pariétal au péritoine du pédicule et suture. Suture de l'incision à quatre étages, la dernière avec les agrafes de Michel.

Pour l'hystérectomie subtotale et totale après l'évidement de l'utérus, ligature et segmentation des plis infundibulo-pelviens et des ligaments ronds, du péritoine en avant et en arrière du corps de l'utérus, au niveau de l'anneau de contraction, décollement, ligature des artères ovariennes cherchées par le doigt : incision en travers du col de l'utérus, tenu avec des pinces Museux, suture antéro-postérieure, suture du péritoine, d'un pli infundibulo-pelvien à l'autre, avec enfoncement des ligatures en masse.

Dans l'hystérectomie totale j'enlève aussi le moignon, en ouvrant le vagin en arrière et en avant : suture des deux parois du vagin, et, pour le reste, je continue comme j'ai décrit plus haut.

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer l'hystérectomie césarienne abdomino-vaginale ou vagino-abdominale ; je suivrais la première méthode en cas d'opération césarienne pour cancer du col de l'utérus.

Il va sans dire qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la dilatation du col pour opérer, il est suffisant qu'il y ait des contractions pour perdre moins de sang.

Bien que l'opération césarienne soit de préférence pratiquée aujourd'hui avec la méthode conservatrice, l'opération Porro avec ses différentes modifications a encore beaucoup d'indications, telles que : infections, sténoses, atrésie, tumeurs, anomalies congénitales de l'utérus, opérations césariennes répétées, ostéomalacie, atonie de l'utérus après la méthode conservatrice, rupture de

l'utérus, myomes, carcinome de l'utérus et du vagin, sarcome de l'utérus, tumeurs des ovaires, ventro et vaginopexies, éclampsie, placenta prævia adhérences extraordinaires du placenta, blessures de l'utérus.

II. OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE. — La méthode que je suis dans l'opération conservatrice est la suivante : Position de Trendelenburg, incision longue de 18-20 centimètres, moitié au-dessus, moitié au-dessous de la cicatrice ombilicale; extériorisation de l'utérus en faisant sortir d'avance le coin du côté gauche, occlusion temporaire de la partie supérieure de l'incision avec les pinces de Muscux ; incision prolongée sur le fond, en général sagittalement ; incision prolongée ensuite, en avant ou en arrière, suivant la position du placenta suspecté par la gibbosité de l'utérus et par la congestion plus grande de la paroi correspondante. Délivrance sans faire trop comprimer la région cervicale par l'assistant, afin d'éviter l'hémorragie par atonie et la lacération des membranes par pression ; essuiement de la paroi avec gaze stérile par pression sans frottement, suture avec la soie et aiguille à grande courbure pour comprendre le péritoine et la musculaire, en évitant de comprendre la muqueuse; je lie après avoir placé tous les fils, en faisant essuyer par pression avec la gaze stérile la surface sanglante, ayant soin de déprimer les bords du péritoine, tandis que je serre les nœuds à côté de l'incision. Point de seconde suture, point de frottements du péritoine, enfoncement de l'utérus en ôtant les pinces Museux, suture de l'incision séparée du péritoine, des aponévroses et des muscles avec la soie, et rapprochement de la peau avec les agrafes de Michel.

Injection sous-cutanée d'ergotine pendant l'opération.

L'indication principale de l'opération césarienne conservatrice est donnée par les rétrécissements du bassin.

L'indication absolue était jadis posée à 65 millimètres en cas d'enfant vivant, à 54 millimètres pour l'enfant mort, après la considération qu'au-dessous de ces limites on ne pourrait pas pratiquer les opérations embryotomiques sans danger pour la femme.

Les bons résultats qu'on a à présent avec l'opération césarienne nous permettent d'élever à 65 les limites de l'opération césarienne pour l'enfant mort, en évitant de la sorte des opérations embryotomiques pas faciles ni sans danger, et à 70 les limites des indications absolues pour l'enfant vivant.

L'indication relative, on peut l'élever jusqu'à 85 millimètres, d'autant plus que c'est dans ces cas qu'on a les meilleurs résultats, probablement parce que l'opérateur, qui a d'avance pris connaissance de la femme, s'est décidé pour cette opération de préférence à d'autres et s'y apprête avec plus de soin.

Naturellement, dans ces limites, l'opération césarienne conservatrice entre en concurrence avec l'accouchement prématuré à provoquer à la moitié ou à la fin du huitième mois; à mon avis et selon mon expérience personnelle, la préférence est pour l'accouchement prématuré artificiel dans l'intérêt de la femme. En effet, ma statistique personnelle, sur 52 accouchements prématurés artificiellement provoqués (12 dans la clinique de Parme (1886-1894), 40 à

la clinique de Bologne depuis 1894 à ce jour-ci, pour rétrécissement du bassin), donne : o mortalité pour la mère et 12,5 p. 100 pour l'enfant.

Ce n'est pas de même pour la symphyséotomie et la pubiotomie, ces opérations n'étant pas autant méthodiques que l'opération césarienne.

Ça va sans dire que pour toutes ces opérations, dans les rétrécissements supérieurs à 80 millimètres, on peut être, et on est en effet, embarrassé à se décider si on n'a pas l'expérience des accouchements antérieurs (forceps, enfant mort pendant le travail, opération embryotomique, enfant volumineux, etc.).

Pour l'indication relative, l'enfant doit être sans doute vivant, la femme en bonne santé, pas ou très peu, ou du moins avec beaucoup de précautions explorée et visitée et assistée d'avance, accueillie de préférence dans une clinique ou dans une maison de santé, ou opérée à domicile seulement après les préparations nécessaires.

Je dois encore faire mention du consentement de la femme dans les cas d'indication relative. Je suis de l'avis qu'on ne doit pas le négliger : généralement, c'est entre l'accouchement prématuré artificiel et l'opération césarienne conservatrice qu'on doit se décider, et la femme penchera plus facilement de ce côté. Je suis toujours disposé à consentir, si la femme offre toutes les garanties pour élever avec affection et attention son enfant prématuré.

Pour ce qui se rapporte à la symphyséotomie ou à la pubiotomie, c'est l'opérateur même qui doit décider; il réussira toujours à faire prévaloir sa préférence s'il y insiste.

Dans les limites supérieures de l'indication relative, on ne doit jamais oublier la possibilité de l'accouchement spontané, surtout si la grossesse n'est pas arrivée à terme.

L'indication de l'opération césarienne conservatrice pour l'éclampsie doit, à mon avis, être réservée aux cas graves, de même pour le placenta prævia. Je ne partage pas l'enthousiasme de nos collègues américains pour cette indica'ion.

Je peux me dispenser de citer d'autres indications, ayant déjà exposé celles de l'opération démolitrice.

III. Opération césarienne vaginale. — A. *Méthode radicale* (Acconci). — Le professeur Acconci, à Gênes, en 1895, dans un cas de carcinome du col de l'utérus, la femme étant au 7e mois de grossesse, a détruit le néoplasme avec le thermocautère de Paquelin, ouvert le vagin autour du col, ensuite les plis péritonéaux utéro-vésicaux et du Douglas, lia les parties inférieures des ligaments larges, divisa la paroi antérieure et la postérieure de l'utérus, déchira les membranes, pratiqua la version suivie de l'extraction de l'enfant asphyxié bientôt ranimé, et fit la délivrance artificielle. Il divisa ensuite complètement l'utérus en deux moitiés et l'extirpa complètement, après avoir lié du haut en bas les ligaments larges.

La femme survécut seulement quelques heures à l'opération, qui de la sorte réalisa une *opération césarienne vaginale complétée par l'hystérectomie totale*

vaginale. C'est, en effet, la césarienne vaginale par la méthode démolitrice.

Cette même opération fut pratiquée à Gênes aussi par le docteur G. Michelini, le 28 mai 1897, dans un cas de carcinome de l'utérus, la femme étant au 8e mois de grossesse, avec succès pour la mère ; l'enfant, extrait asphyxié, mourut.

B. *Méthode conservatrice* (Dührssen). — Le professeur Dührssen pratiqua la première *opération césarienne vaginale conservatrice* sur une femme qui avait le col de l'utérus déplacé par hystéropexie vaginale, avec succès pour la mère et pour l'enfant.

La méthode opératoire de l'auteur est la suivante : incision latérale sur la vulve et le vagin pour élargir le champ opératoire ; injection prophylactique d'ergotine : application du spéculum ou d'une valve, deux pinces sont placées sur les deux côtés du col, incision sur la lèvre antérieure et postérieure jusqu'au cul-de-sac, prolongée de 4 centimètres sur le même.

En poussant le spéculum dans l'incision, on détache la vessie et le péritoine antérieurement, le péritoine postérieurement. Après cela, la paroi antérieure et la postérieure sont ouvertes sur une longueur de 6 centimètres, on prolonge les deux incisions avec deux coups de ciseaux de chaque côté, le sac se présente dans la large ouverture, on le déchire, on pratique la version et l'extraction de l'enfant sans trop se préoccuper de la perte de sang qui se fait dans ce moment. Si l'utérus est contracté, on attend la délivrance spontanée ; en cas contraire, on pratique la délivrance artificielle en tamponnant après l'utérus, en poussant le spéculum dans la cavité utérine pour faciliter la chose.

Pour pratiquer la suture, on tire le col en bas avec les pinces ou les fils qui les ont remplacées depuis le commencement de l'opération. On commence par la suture postérieure en faisant les nœuds du côté interne ; pour la suture antérieure on les fait antérieurement. En pratiquant la suture du vagin, on laisse antérieurement et postérieurement du col un petit espace pour y placer de la gaze au-dessous du péritoine. On la retire de 3 à 24 heures après, et ainsi on fait pour celle de l'utérus.

L'incision vaginale est suturée avec le catgut et l'incision périnéale avec la soie, qu'on enlève après 8 ou 10 jours.

Dührssen assure que l'opération ne présente pas de difficultés pour un opérateur expérimenté dans la pratique des opérations gynécologiques ; il recommande tout de même d'être prêt à pratiquer l'hystérectomie totale si l'hémorragie ne cesse pas après l'extraction de l'enfant et après la délivrance. Il pense que cette méthode n'expose pas plus que les autres à l'infection, ou à des difficultés dans les accouchements suivants, ou à des ruptures de l'utérus.

Les indications de l'opération sont, de la manière suivante, exposées par Dührssen :

1° Danger pour la mère produit par des anomalies du col de l'utérus et du segment inférieur (carcinome, myome, rigidité, sténose, dilatation partielle en sac du segment inférieur de l'utérus), anomalies qui empêchent ou bien rendent difficile la dilatation du col et du segment inférieur par les contractions de l'utérus.

2° Des états qui mettent en danger la vie de la femme et qui s'avantagent de l'évacuation prompte de l'utérus (maladies du cœur, des poumons, des reins, détachement précoce du placenta).

3° Conditions dans lesquelles la vie de la mère est sûrement en danger, tellement qu'on prévoit une mort prochaine.

Naturellement, dans les deux derniers cas seulement, lorsqu'on prévoit que le col ne pourra être dilaté ou qu'il ne convient pas d'exciter les contractions à cause des dangers que la femme peut rencontrer.

Dans le cancer limité au col, et pour le seul intérêt de la femme, il propose l'opération césarienne vaginale radicale à toutes les époques de la grossesse et il propose aussi la méthode conservatrice pour l'éclampsie pendant la grossesse.

Dührssen voudrait substituer l'opération césarienne vaginale à l'opération abdominale aussi pour la femme mourante ou morte et aussi pour l'enfant qui est seul en danger, mais nous ne saurions pas le suivre en cette pratique.

Il a recueilli 201 cas d'opérations, avec 28 décès. Sont compris dans les 201 cas : 15 de Rühl, 14 de Krœnig sans décès, 17 opérés en Amérique (7 pour éclampsie), avec 1 seul décès et 33 de J. Veit avec 1 seul décès; mortalité totale, 13 p. 100. Il a aussi réuni 46 cas d'opérations césariennes vaginales, pour carcinome, pour prolapsus de l'utérus avec sepsie qui déjà commençait : 5 décès; mortalité : 10,6 p. 100. Mortalité totale sur les 248 cas : 13,3 p. 100.

Dans la statistique de Dührssen figurent pour l'Italie, jusqu'à présent, les deux cas d'opération césarienne vaginale radicale déjà mentionnés plus haut de Acconci et de Michelini et 5 cas d'opération conservatrice (1 Spinelli; 3, Regnoli; 1, Ungaro).

Sans partager l'enthousiasme du professeur Dührssen et surtout sans entrer dans la question peu pratique de priorité Acconci-Dührssen, je suis de l'avis que cette méthode, pour des cas de carcinome de l'utérus et d'autres dans lesquels l'accouchement rapide est indiqué et les voies naturelles ne peuvent pas être dilatées par les différents moyens que nous possédons, peut en effet rendre des services, pourvu, bien entendu, que les os du bassin et les parties molles de l'excavation permettent le passage de l'enfant.

Docimasie pulmonaire histologique. Balthazard et Lebrun, *Bulletin médical*, 11 avril 1906, p. 326.

L'étude histologique du poumon permet de déterminer si un fœtus a respiré ou non, par l'examen direct des bronches et des alvéoles pulmonaires, déplissés dans le premier cas, encore vides d'air dans le second.

Les différences restent encore très nettes, malgré la présence de lésions variées, telles que congestion, infarctus, foyers de broncho-pneumonie.

Le poumon du mort-né se putréfie de la même façon que le poumon du nouveau-né ayant respiré. Chez le mort-né, les gaz putrides se développent dans le tissu conjonctif du poumon et refoulent, condensent le parenchyme alvéolaire; chez le nouveau-né ayant respiré, les gaz se forment dans les

alvéoles, détruisent les cloisons inter-alvéolaires et refoulent, condensent le tissu conjonctif.

L'étude histologique permet donc de déterminer si le nouveau-né a respiré, alors même que la putréfaction gazeuse est déjà avancée. Ce procédé n'est en défaut que dans les cas où la décomposition putride a réduit le parenchyme pulmonaire à l'état de matière demi-liquide, dans laquelle il n'est plus possible de reconnaître aucun élément anatomique. En pareil cas, aucune méthode ne peut plus apporter la moindre indication sur la respiration du poumon, puisque celui-ci est, non seulement putréfié, mais déliquescent. Dans la pratique médico-légale, cette circonstance est, d'ailleurs, exceptionnelle, puisqu'elle ne s'est présentée qu'une seule fois parmi les nombreuses autopsies de fœtus que nous avons pratiquées à la Morgue (fœtus ayant séjourné trois semaines environ dans un égout).

BIBLIOGRAPHIE

Revue de la clinique obstétricale et gynécologique de Buenos-Ayres. M. Marana, éditeur.

Cette nouvelle revue a pour directeur le docteur E. Canton, et pour rédacteurs les docteurs Bazterrica, Luis Guemes, Zarate, Revilla et Mollinari. Son but est de publier les faits intéressants observés dans les cliniques de Buenos-Ayres. Le premier numéro (janvier-février 1906), fort bien édité et illustré de bonnes planches, fait honneur aux gynécologues argentins, auxquels nous souhaitons le succès auxquels ils ont droit. A. Couvelaire.

Handbuch der Geburtshülfe, par von Winckel, Wiesbaden. Bergmann, éditeur (t. I, fasc. 2, et t. II, fasc. 3).

Les deux fascicules qui font suite à celui dont l'apparition a déjà été signalée dans les *Annales*, méritent les mêmes éloges que le premier.

Le deuxième fascicule du tome premier (pp. 660 à 1299) comprend la physiologie et la diététique de la grossesse et de l'accouchement. Il a été rédigé par Schutsch, Strassmann, von Herff, Bumm, Schaeffer, Sellheim, Seitz, Stumpf, Sarwey, Menge, Klein, Lindfors.

Le premier fascicule du tome II forme un volume de 653 pages. Il débute par la suite de l'histoire de l'obstétrique et de la gynécologie aux XVIe, XVIIe, XVIIIe et XIXe siècles. Ce chapitre est écrit par le professeur Winckel.

Puis viennent les chapitres consacrés à la physiologie et à la diététique des suites de couches (mère et nouveau-né), à la pathologie et à la thérapeutique de la grossesse. Ces chapitres ont été rédigés par Knapp, Seitz, Schaeffer, Braun-Fernwald, Winckel, Wertheim, Freund, Meyer-Ruegg.

Ainsi se poursuit l'œuvre très documentée à l'élaboration de laquelle préside le professeur Winckel. A. C.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bab. Ueber Duplicitas tubæ Fallopii und ihre Entwickelungsgeschichtliche Genese. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 393. — **Bandler.** Associated nervous Conditions in Gynecology, with special reference to the Climacteriun a. allied States. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 533. — **Bissell.** What Information may we obtain from symptomatology in gynecological cases, with special reference to backache? *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 509. — **Chidichimo.** Azione dell' Adrenalina sui muscoli lisci. *Archivio italiano di Ginec.*, février 1906, p. 61. — **Dickinson.** The Uterus a. Ovary of Neurasthenia. *Med. Record*, mars 1906, p. 456. — **Doléris.** Influence de l'état constitutionnel sur les actes physiologiques de l'appareil génital de la femme. *La Gynécologie,* avril 1906. — **Emmel (B.).** Macroscopic Appearances of the ovary warranting its Removal. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 651. — **Findley.** Combined malignant Tumors of the Female genitale. *Surgery, Gyn. and Obstetrics*, oct. 1905. — **Freund** et **Rosthorn.** Modelle von vier Beckenschnitten zur Darstellung d. norm. topog Verhältnisse des Beckenbindegewebes. *Zentrbl. f. Gyn.*, 24 März 1906. — **Harrison.** What Information can we obtain from Symptomatology in Gynecological Cases. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 501. — **Hormann.** Entgegung auf Mathes' Kritik meiner Arbeil über die intraabdominallen Druckverhältnisse. *Arch. f. Gyn.*. Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 426. — **Lockyer (C.).** On the Physiology a. Pathology of the Corpus luteum. *The med. Chronicle*, mars 1906, p. 354. — **Mathews (F.).** One-Child Sterility. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, 1906, n° 5, p. 509. — **Meyer.** Beziehung der funkt. Neurosen sper. der Hysterie zu den Erkrank. d. weib. Genitalorgane. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janv. 1906, p. 1. — **Miranda.** Problema del sesso nella fisiologia a nella patologia. *Arch. di Ost. e Ginec.*, janv. 1906. — **Morris (R.).** A general Surgeon's vews on some pelvic Conditions in Women. *Am. J. of Obst.*, mai 1906. p. 675. — **Pascalis (de).** Ricerche sperim. int. alla tubercolosi dei genitali femm. *Arch. di Ostet. e Ginec.*, janv. 1906. — **Pestalozza.** L'azione dei ragi X sulle ovaie. La narcosi marfio-scopolaminica nelle partoscenti. *La Ginecologia*, mai 1906, p. 257. — **Petit.** De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme. *Sem. Gyn.*, 1905. p. 225. — **Pichevin.** De la tuberculose périnéale d'origine génitale. *La Semaine Gynécol.*, mai 1906, p. 145. — **Pichevin.** Opération par la voie haute et par la voie basse. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 233. — **Pichevin.** Les fausses utérines. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 281. — **Rowe.** The Time of ovulation. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 662. — **Sargent.** Recent Researches into the Bacteriology of Peritonitis in Relation to Pelvic Surgery. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mars 1906, p. 161. — **Seigneux (de).** La méthode graphique en gynécologie et son emploi dans la lutte contre le cancer. *Rev. med. suisse romande*, 1906, n° 4. p. 236. — **Taylor.** Leucocyte Counts in Gynecology. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 640. — **Valentino.** Hygiène conjugale chez les Hindous. *Ann. gén. urin.*, 15 avril 1906.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHESIE. — **Abbe (T.).** Radium Therapy in Pediatrics and Gynecology. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 680. — **Batigne.** Traitement des algies pelviennes. *La Gynécologie*. avril 1906. — **Carroll-Chase.** The Choice of an uterine hemostatic. *Brooklyn med. Journal*, 1905, p. 308. — **Knapps.** De l'hémorragie et de l'hémostase dans la petite gynécologie. *Bull. de la Soc. de médecins et naturalistes de Passy*, janvier-février 1906. p. 1. — **Pichevin.** A propos des pessaires. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 321. — **Voigt.** Morphium Skopolamin narkose bei gyn. Operationen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1905, p. 805.

VULVE ET VAGIN. — **Alessandro (d').** Il mio processo operativo per le fistole rettovaginal. *Archivio italiano di Ginec.*, décembre 1905, p. 252. — **Arnold.** A note on vaginal drainage in children and joung adults. *Medic. Chronicle*, mai 1906, p. 80. — **Graves.** Vaginapexy. *Boston med. a. Surg. J.*, février 1906, p. 152. — **Piccione.** Vaginismo e dispareunia. *La Clinica Ostetrica*. mai 1906, p. 193. — **Pichevin.** Du traitement de la eucorrhée. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 289. — **Schœnfeld.** Chancre induré de la paroi posté-

rieure du vagin, diagnostiqué par la méthode bactériologique. *Bull. Soc. belge Gyn. et Obst.*, 1905-06, n° 4, p. 67. — **Sinclair** (**W.**). On Paravaginal-Section. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1906, p. 241. — **Varaldo**. Contributo allo studio delle cisti vaginali. *Archivio italiano di Ginec.*, février 1906, p. 49. — **Volturiez**. Des kystes du vagin : pathogénie et traitement. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 265. — **Wise**. A Note on the Etiology of Granuloma Pudendi. *British med. J.*, juin 1906, p. 1274.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Emans**. A Case of complete Inversion of the uterus. *Med. Record*, mai 1906, p. 795. — **Gastongnay**. Périnéorraphie par interposition des releveurs de l'anus. *Bull. méd. de Québec*, mai 1906, p. 381. — **Hare**. A Case of inverted uterus. *Boston med. a. surg. J.*, février 1906, p. 157. — **Pichevin**. Les rétro-déviations chez les jeunes mariées. *La Semaine gynécologique*, Paris, 1er mai 1906, p. 137. — **Pichevin**. Rétro-déviation utérine et pessaire. *Rev. Gyn.*, 1905, p. 257. — **Smith** (**L.**). Ventrofixation followed by normal Delivery. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 673.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Anspach**. Metrorrhagia myopathica. *University of Pensylvania medical Bulletin*, 1906, p. 322. — **Craig**. Chronic endotrachelitis, a new method of treatment with new instruments. *New York med. J.*, janvier 1906, p. 21. — **Dührssen**. Dilatation of the non gravide a. of the gravide Uterus. *Am. J. of Surgery*, 1906, n° 6, p. 161. — **Faix** et **Herbinet**. De l'écouvillonnage. Indication et technique. *La Gaz. méd. du Centre*, 1906, n° 8, p. 119. — **Garafalo**. Un caso di metrorragia sifilitica. *La Clinica obstetrica*, mai 1906, p. 224. — **Hirst**. Causes a. Treatment of metrorrhagia with special reference to the use of Schatz's Metranorkter a. Atmokausis. *Am. J. Obst.*, June 1906, p. 796. — **Maccgregor**. Three Cases of (so called) double uterus with a table of 100 collected cases. *Obst. a. gyn. of British Emp.*, 1906, n° 5, p. 336. — **Pichevin**. Traitement des métrites. *Sem. Gyn.*, 3, 10 et 17 avril 1906. — **Pichevin**. Nettoyage digital de l'utérus et curage instrumental. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 305. — **Pichevin**. Le traitement des métrites. *La Semaine gynécologique*, 1906, n° 17, p. 129. — **Pollasson** et **Violet**. La tuberculose du col de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chirurg. abd.*, mars-avril 1906, p. 265. — **Richelot**. Sur un cas de métrite cervicale. *La Gynécologie*, avril 1906. — **Runge**. Uterusblutungen. *Berl. klin. Wochensch.*, mai 1906, p. 600. — **Turan**. Versuch mit dem Bier'schen Verfahren bei Endometritis chronica. *Zentrbl. f. Gyn.*, 24 März 1906.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Barette** et **James**. Notes cliniques sur 3 cas de fibromatose utérine. *L'Année méd. de Caen*, juin 1906, p. 33. — **Bell** (**B.**). Angiomatous Fibromyoma of the Uterus. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, n° 5, p. 348. — **Bevacqua**. Un Caso di isterectomia abdomino-vaginale per carcinoma del collo. *Archivio italiano di ginec.*, février 1906, p. 64. — **Brettauer**. A Study of the Results of abdominal Hysterectomy for Fibroïds of the Uterus, with and without Drainage. *Med. News*, octobre 1905, p. 782. — **Chaput**. Nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale. *Rev. de gynéc. et de chirurgie abdom.*, mars-avril 1906, p. 195. — **Corson**. Histological changes in uterine myomata in their transformation into fibroïd tumors. *University of Philadelphia medical Bulletin*, mars 1906, p. 2. — **Costa**. La via di diffusione del cancro dell' utero. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1906, p. 862. — **Cusmano**. Fibroma della portio vaginale. Diagnosi differenziale con ipertrofie simplici e neoproduzioni di altra natura del collo e dell' utero. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 3, p. 143. — **Derome**. Un cas de fibromatose utérine. *J. de méd. et de chir. Montréal*, juin 1906, p. 174. — **Dickson**. Tuberculous Infection of uterine Myomata. *Am. J. Obst.*, juin 1906, p. 799. — **Doran** (A.). Hysterectomy for fibroïd disease. *British med. J.*, octobre 1905, p. 924. — **Doran** (**A.**). Subtotal hysterectomy for fibroids ; the after-history of 60 cases ; preservation of the Ovaries a. the Abel-Zweifel Theorie. *The Lancet*, novembre 1905, p. 1310. — **Faure**. Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale. *Bull. et Mém. soc. chirurgie*, juin 1906, p. 573. — **Ferguson**. Abdominal hysterectomy for acute puerperal metritis and acute salpingitis with Record of a successful Case. *The Edinb. med. J.*, avril 1906, p. 313. — **Fromme**. Studien zum klin. u. patholog. anatom. Verhalten der Lymphdrusen bei malignen Erkrankungen, hauptsächlich dem Carcinoma Colliuteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 1, p. 19. — **Graves**. Adenomyoma of the Uterus. *The Boston med. a. Surg. J.*, mars 1906, p. 283. — **Jacobs**. Fibrome utérin. Quelques observations cliniques tirées de 633 opérations abdominales. *Bull. Soc. belge gyn. et obst.*, 1905-06, n° 4, p. 73. — **Kelly** (**H.**). The aseptic removal of an infected fibroïd Uterus. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 493. — **Knauer**. Prognose und Behandlung der Uterusmyome. Klinischer Vortrag. *Deutsche mediz. Wochens.*, 1905, p. 1543 et 1586. — **Levison**. Hematometra caused by a myoma of the Cervix. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 671. — **Marois**. Uterus fibromateux compliqué de grossesse, myomectomie. *Bull. méd. de Québec*, novembre 1905, p. 108. — **Mondd**. Kyste de l'utérus. *Bull. et Mém. Soc.*

chirurgie, juin 1906, p. 585. — **Morisani.** Sull' indicazione dell' asportatione degli annessi nell' isterectomia. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 2, p. 65. — **Offergeld.** Ueber die Histologie der Adenocarcinome im Uterufundus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 289. — **Pichevin.** De l'évidement abdomino-pelvien dans le cancer utérin. *La Semaine gynéc.*, mai 1906, p. 165. — **Pichevin.** Ablation des fibromes utérins par la voie vaginale. *Sem. gyn.*, 1905, p. 273. — **Piquand.** Le sarcome de l'utérus. Symptômes, diagnostic, traitement. *Rev. de gynéc. et de chirurgie abdom.*, 1905, n° 5, p. 817. — **Piquant.** Diagnostic des fibro-myomes de l'utérus. *Tribune méd.*, mai 1906, p. 261. — **Pollosson.** Hystérectomie abdominale avec évidement pelvien et recherche des ganglions pour cancer de l'utérus ; réflexions sur 32 opérations. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale*, 1905, n° 5, p. 771. — **Pratt.** Supra-Pubic Hysterectomy as a Means of Diagnosis a. Treatment of the Uterus. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, mai 1906, p. 1?3. — **Taylor.** Extra-Uterine Gestation associated with uterine Fibromyomata. *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 412. — **Van Doren.** Illustrative Cases of uterine fibroïds. *Annals of gyn. a. Ped.*, mars 1906, p. 141. — **Wilson.** The Treatment of cervical cancer in the last two months of Pregnancy. *British med. J.*, sept. 1905, p. 7?6. — **Young.** Illustrative Cases of uterine fibroïds. *Annals of gyn. a. ped.*, mars 1906, p. 1?.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DEPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Foulerton.** A case of Acute General Gonococcic Peritonitis. *J. of Obst. a. gyn. of the British Emp.*, janv. 1905, p. 404. — **Franqué.** Ueber operative und nichtoperative Behandlung entzundlicher, inbesondere eitriger Adnexerkrankungen. *Deutsche med. Wochens.*, 1905, p. 1546. — **Gaudier.** Pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe chez une fille de 4 mois. *Bull. et mém. Soc. chirurg.*, juin 1906, p. 607. — **Guarrigues.** Intraligamentous Drainage for non suppurating Parametritis. *Med. Record.*, avril 1906, p. 545. — **Lithauer.** Ueber abdominale Netztorsion und retrograde Incarceration bei vorhandenem Leistenbruch. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1906, n° 15, p. 454. — **Pichevin.** De l'incision du cul-de-sac postérieur dans le traitement des inflammations péri-utérines. *Sem. gyn.*, 1905, p. 201. — **Pichevin.** Ablation simultanée de l'utérus et des annexes dans les inflammations incurables des trompes et des ovaires. *Sem. gyn.* 1905, p. 241. — **Pichevin.** Opérabilité des formes sèches de la tuberculose utéro-annexielle. *Sem. gyn.*, 1905, p. 313. — **Pichevin.** Inflammation des ligaments larges. *La Semaine gynécol.*, mai 1906, p. 153. — **Rockey.** Displacement of the Fallopian Tubes to produce Sterility. *Med. Record.*, mars 1906, p. 423. — **Soulié.** A propos de l'hématocèle pelvienne. *Arch. prov. chirurgie*, 1905, p. 537. — **Storer** (**M.**). Bilateral Torsion of the Fallopian Tubes. *The Boston med. a. surg. J.*, mars 1906, p. 285. — **Témoin.** Appendicite chez la femme, importance du diagnostic précoce de cette affection et de l'intervention chirurgicale. *Gaz. de gynéc.*, janvier 1905, p. 17. — **Van Doren.** Report of a Case of Sterility due to double hydrosalpinx relieved by operation. *Annals of Gyn. a. Ped.*, juin 1906, p. 332. — **Young** (**D.**). A case of Sterility due to double hydrosalpinx relieved by operations. *Annals of Gyn. a. Ped.*, juin 1906, p. 322.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Bab.** Ueber Melanosarcoma ovarii. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 1, p. 158. — **Bland-Sutton.** On Secondary (metastatic) Carcinoma of the Ovary. *British. med. J.*, mai 1906, p. 1216. — **Chavannaz.** Grossesse avec kyste dermoïde des deux ovaires. Dégénérescence épithéliomateuse d'un des kystes. Ovariotomie double. *Journ. de méd. de Bordeaux*, février 1906, p. 133. — **Daniel** (**Constantin**). Des ruptures traumatiques intrapéritonéales des grands kystes ovariens. *Arch. générales de médecine*, 1905, p. 1750. — **Estor.** Tumeurs végétantes de l'ovaire. Kystes prolifères papillaires; adénomes papillaires; kystes végétants, kystes papillomateux, papillomes des ovaires. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1906, p. 483. — **Geisthoevel** (**F.**). Ein Fall von vaginales Ovariotomie (Dermoidcyste) intra partum. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 270. — **Guicciardi.** Chirurgia conservatrice dell'ovaio. *Archivio italiano di Ginec.*, mai 1906, p. 201. — **Hewetson.** Remarks on a Case of large Ovarian Cystoma with twisted Pedicle, complicated by suppurative Appendicitis. *British med. J.* avril 1906, p. 789. — **Isaacs.** Dermoid Ovarian Cyst simulating floating Kidney. *Med. Record*, décemb. 1905, p. 1058. — **Lewers.** On the occurence of Metrorrhagia after Menopause in Cases of ovarian Tumour. *The Lancet*, juin 1906, p. 1674. — **Martin.** Cystoma ovarii multil. pseudomucinosum. Déc. 1905, p. 875. — **Mellroy.** Three Cases of Primary Carcinoma of the Ovary. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 413. — **Michel.** A propos des tumeurs végétantes de l'ovaire. *La Gaz. des hôpitaux*, avril 1906, p. 583. — **Norris.** Two Cases of bilatéral dermoïd Cysts : one showing carcinomatous Degenerations, the second complicated by the Presence of an eighty-one pound multiloculor ovarian Cyst. *Am. J. Obst.*, juin 1906, p. 792. — **Pollosson.** Ovario-

tomie sans ponction. *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, janvier 1906, p. 33. — **Pollosson**. Tumeur mixte de l'ovaire polykystique. *Bull. Soc. chirurg. de Lyon*, 1906, n° 3, p. 93. — **Poncel**. A propos des gros kystes de l'ovaire. Enorme kyste de l'ovaire du poids de 60 kilogrammes. *Bull. et mém. Soc. chirurgie de Paris*, mars 1906, p. 368. — **Shattock**. The Colour of the Hair in Ovarian Dermoides. *British med. J.*, mai 1906, p. 1218. — **Spencer (H.)**. A Second Case of abdominal Ovariotomy during Labor. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mars 1906, p. 180. — **Taylor**. On Adeno-Cystoma Ovarii Sarcomatodes. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1906, p. 268. — **Uthmaller**. Ein durch Drainage des Zystensackes erfolgreich behandelter grosser Ovarialtumor. *München. mediz. Wochensch.*, octobre 1905, p. 2125. — **West**. Comentative Surgery of the Uterine Adnexa. *Am. J. Obst.*, juin 1906, p. 803. — **Wilson**. Hœmatoma of the Ovary and certain Other Closely allied Conditions. *The Lancet*, mai 1906, p. 1462.

ORGANES URINAIRES. — **Bauby**. Des effets de la compression des uretères dans les tumeurs de l'utérus. *Archives provinciales de chirurgie*, 1905, p. 573. — **Boquel**. Quand faut-il rompre la poche des eaux? *Archives de méd. d'Angers*, 1906, n° 8, p. 225. — **Chrétien**. L'insuffisance ovarienne et son traitement. *Annales méd.-chirurg. du Centre*, mai 1906, p. 242. — **Graves**. An operation for Cystocele. *Boston. med. a. surg. J.*, avril 1906, p. 462. — **Pichevin**. L'exploration des fonctions rénales en chirurgie. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 209. — **Pousson** et **Chembrelent**. Décapsulation rénale et de la néphrectomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie. *Ann. org. gén.-urinaires*, 15 avril 1906. — **Villar**. Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre, chez la femme. *Arch. prov. de chirurgie*, 1905, p. 373.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Berkeley**. Intra-mural Rupture of a Tubal Gestation Sac. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 446. — **Costa**. Intorno alla genesi della rottura della tromba gravida. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 1, p. 102. — **Philips**. A Case of tubal mole; operation during the Process of Abortion. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 443. — **Pichevin**. Avortement tubaire. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 337.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bracco**. Orthopædie des Bauches. *Munch. med. Woch.*, 20 fév. 1906. — **Frédéricq**. Encore les injections préventives de sérum après les laparotomies. *Bull. Soc. belge gyn. et obst.*, 1905-06, n° 4, p. 66. — **Heumer**. Ueber die Anlegung der Schnitte bei den Bauchoperationen. *Münch. med. Wochensch.*, avril 1905, p. 693. — **Krusen**. Embolism following abdominal Section. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 478. — **Sargent (P.)**. Recent Researches into the Bacteriology of Peritonitis in Relation to Pelvic Surgery. *Annals of Gyn. a. Ped.*, avril 1906, p. 193.

OBSTÉTRIQUE

OBSTÉTRIQUE. ACCOUCHEMENT. — **Herman**. A Lecture on the Prevention of difficult Labour. *British med. J.*, juin 1906, p. 1509. — **Wolff**. Ueber schmerlose Geburtswehen. *Am. J. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 402.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Ahlfeld**. Wahre und Scheinbare Transposition grösserer Korpertheile nach Abschnurung durch amniotische Stränge. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, vol. XXII, p. 191. — **Bossi**. I corpi purinici nelle urine delle gravide e delle puerpere. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1906, n° 1, p. 69. — **Chidichimo**. Azione della Paraganglina Vassale sui muscoli lisci. *Ann. di Ost. e Gin.*, Apr. 1906. — **Ehrenfert**. The present status of pelvimetry. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 465. — **Ferroni**. Sull' autolisi dell'utero puerperale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 12, p. 553. — **Fossati**. Di alcune proprieta dell' estratto etereo delle urine specie in rapporto al puerperio ed all' allatamento. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 1, p. 82. — **Frassi**. Studio sulla fine struttura della mola vescicolare. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 2, p. 165. — **Grassi**. Contributo allo studio della crioscopia del latte muliebre. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 2, p. 153. — **Gucciardi**. La spirochæta pallida nella placenta sifilitica. *La Gynecologia*, mai 1906, p. 260. — **Guien**. Hœmatology of Pregnancy and the Puerperium. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1906, p. 261. — **Hutchinson (A.)**. A Contribution to the Study of the Sub-Chorial Hœmatoma of the Decidua. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1906, n° 5, p. 323. — **Matheson**. Cystic Degeneration of the Chorionic Villi. *Brooklyn. med. Journal*, mars 1906. — **Montanelli**. Sulla presenza del grasso nel sincizio. *Annali di Ost. e Gin.*,

avril 1906, p. 405. — **Smith**. A case of Puerperal Septicæmia due to the diplococcus Pneumoniæ. *British med. J.*, juin 1906, p. 1272. — **Taussig**. Ectopic decidua formation. *Surgery. Gyn. a. Obstetrics*, mars 1906, p. 292. — **Vaquez**. De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches. *Les Archives méd.*, avril 1906, p. 213.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Bouchacourt**. De la superfétation et de ses causes d'erreur. *L'Obstétrique*, janvier 1906, p. 44. — **Cristalli**. Contributo allo Studio del soffio fetale. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1906, n° 3, p. 129. — **La Torre**. Le flogosi degli annessi uterini in rapporto alla gravidanza ed al puerperio. *La Clinica Ostetrica*, mai 1906, p. 217. — **Meda**. Delle gravidanze uterine seguenti alle gravidanze extra-uterine. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 2, p. 199. — **Muret**. Des parois abdominales dans la grossesse et les suites de couches. *Bullet. mensuel de la Soc. vaudoise des sages-femmes*, 1906, n° 5, p. 67. — **Rudaux**. Des troubles vésicaux chez la femme enceinte. *Revue prof. des sages-femmes*, 1906, n° 2, p. 17.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Sanitter**. Zwillingschwaugerschaft mit zwei Eiern verschiedener Grösse. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 52, p. 1610.

DYSTOCIE. — **Hicks**. Two Unusual Cases of difficult Labour. *The Lancet*, mai 1906, p. 1312. — **Leahylisich**. Ossification of the Fontanelles and Closure of Sutures at Birth. A Cause of difficult Delivery. *The Lancet*, mai 1906, p. 1386. — **Peham**. Ein Fall von Gravidität bei Uterus bicornis duplex. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1905, p. 457. — **Vallé**. Observation d'un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. *Rev. profess. des sages-femmes*, juin 1906, p. 33.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Doran (A.)**. Cornual Gestation : Rupture, Pregnancy in Opposite Cornu after Operation. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, juin 1906, p. 418. — **Goodall (A.)**. Notes on a Case of repeated extra-uterine Gestation on the same Side. *British med. J.*, juin 1906, p. 1272. — **Guidi**. Contributo allo studio della gravidanza extra-uterine. Varieta addominale primitiva. *La Clinica Ostetrica*, avril 1906, p. 157. — **Haagn**. Zwei Fälle vorgeschr. Extraut. Gravidität. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1905, p. 771. — **Haultain**. A clinical Experience of Ectopic conditions. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, juin 1906, p. 403. — **Kelly** et **Mc Ibray**. Ovarian Pregnancy, with an Account of a hitherto unpublished Case. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, juin 1906, p. 389. — **Mac Lean**. Abdominal Pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 434. — **Marsh**. Abdominal Pregnancy, etc. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 438. — **Milligan**. The Diagnosis of early extra-uterine Pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juin 1906, p. 423. — **Swift**. A Case of extra-uterine Pregnancy. *Boston med. a. surg. J.*, février 1906, p. 159. — **Vineberg**. A Contribution to the Study of the Diagnosis a. Treatment of Ectopic pregnancy. *Med. Record*, juin 1906, p. 1007. — **Wagner**. Ueber die interstitielle Tubargravidität auf Grund von drei selbstbeobachteten Fallen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 419. — **Weibel**. Ueber gleichzeitige extra und intrauterine Gravidität. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, déc. 1905, p. 739. — **Whiteford**. Three Cases of tubal Pregnancy. *British. med. J.*, juin 1906, p. 1271.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Betti**. Cheratite parenchimatosa interstiziale congenita. *La Clinica Ostetrica*, mars 1906, p. 129. — **Budin**. Allaitement et hygiène du nourrisson. *L'Obstétrique*, janvier 1906, p. 1. — **Busfield**. A Series of Cases of Icterus Neonatorum in a Family. *British med. J.*, janvier 1906, p. 29. — **Chiaie**. La Cefalometria esterna ed il diametro Bp. in rapporto all' O. F. *Archivio italiano di Ginec.*, avril 1906, p. 153. — **Chiarabba**. Contributo alla conoscenza della sifilide ombelicale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 2, p. 190. — **Gillmore**. Absence of the Uterus associated with bilateral ovarian Hernia and vicarious hemorrhage. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 520. — **Joackimsthal** et **Lasstrer**. Ueber Amniotische Fürchen und klumpfuts nebst Bemerkungen über Schädigungen peripher Nerven durch intrauterin entstandene Schnürfurchen. *Deutsch. mediz. Wochens.*, 1905, p. 1220. — **Kermauner**. Ueber Missbildungen mit Storüngen des Körperverschlusse. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 221. — **La Torre**. Dello sviluppo del feto e della sua mortalita. *La Clinica Ost.*, juin 1906, p. 241. — **Leopold**. Augenentzundung der Neugeborenen and einprozentige Höllensteinlösung. *Munch. mediz. Wochensch.*, mai 1906, p. 849. — **Le gueux**. Etude étiologique et pathogénique des hémorragies graves du nouveau-né. *L'Obstétrique*, mars 1906, p. 97. — **Michaelis**. Alterbestimmung menschlicher Embryomen und Foten auf Grund von Messungen und von Daten der Anamnese. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVIII, Hft. 2, p. 267. — **Paramore**. Case of anencephalic monster. *The Lancet*, octobre 1905, p. 1102. — **Vineberg**. Congenital absence of lower third of the vagina, a shallow, blind sac occupying the vaginal Introitus. The Creation of a Continuous vagina, etc. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 511. — **Waly**. Diagn. der congen. Dünndarmatresie unter besond. Berücksichtigung der Unters. des Mekoniums. *Munch. med. Woch.*, 22 mai 1906.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Andérodias.** De l'accouch. prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin. *Gaz. hebdom. des sc. méd.*, juin 1906, p. 278. — **Barone.** Indicazioni dell' interruzione artificiale della gravidanza. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 3, p. 149. — **Deerfler.** Ein weiterer Fall von Pubiotomie. *Munch. mediz. Wochensch.*, mars 1906, p. 455. — **Dührssen.** Concerning obstetrical Dilatation of the Cervic. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, mars 1906, p. 259. — **Gache.** Tres nuevas operaciones cesareas. *Revista Obstetrica*, Buenos-Ayres, mars 1906, p. 103. — **Hofmeier.** Ueber seltenere Indicationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft infolge innerer Krankheiten. *Deutsche med. Wochensch.*, 26 avril 1906. — **Jolly.** Ueber die Wendung bei Placenta prævia. *Munchen. mediz. Wochensch.*, juin 1906, p. 1198. — **Laguinoff.** Section césarienne lorsque la position du bassin n'est pas normale. *L'Obstétrique*, janvier 1906, p. 40. — **Martin.** Ein Fall von Kaiserschnitt bei Adhäsionenileus. *Munchen. mediz. Wochensch.*, mai 1906, p. 1058. — **Reeb.** Zur subkut. Pubiotomie. *Zentrbl. f. Gyn.*, 24 März 1906. — **Reifferscheid.** Ind. und Tecknik der Pubiotomie. *Zentrbl. f. Gyn.*, 24 März 1906. — **Roland.** Contre-indications de la version par manœuvres externes. *Le Poitou méd.*, avril 1906, p. 73. — **Ronsse.** Trente embryotomies pratiquées en clientèle privée ; statistique de 1.655 embryotomies. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1905-06, n° 4, p. 40. — **Schœnfeld.** Cinq cas de dilatation du col utérin par le dilatateur de Seigneur. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1905-06, n° 4, p. 68. — **Seeligmann.** Zur Hebotomie. *Münch. mediz. Wochensch.*, mai 1906, p. 868. — **Torretta.** Emostasi provisoria nel taglio cesareo. *Archivio italiana di Ginec.*, avril 1906, p. 180. — **Trillat** et **Latoyet.** Des modes d'intervention employés pour l'extraction de la tête isolée du tronc et retenue dans l'utérus. *L'Obstétrique*, janvier 1906, p. 18. — **Trotta.** Tre Casi di Pubiotomia. *Arch. di Ost. e Ginec.*, janv. 1906. — **Tytler.** Post mortem cæsarean Section. *British med. J.*, mai 1906, p. 1100.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Acconci.** Atrofia giallo-acuta del fegato in gravidanza. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1906, p. 322. — **Andrews.** Fundal, incidental a. cervical unavoidable hemorrhagie ; new descriptive terms for the two types of ante partum hemorrhagie from placental separation. *Am. J. of Obst.*, octobre 1905, p. 551. — **Barone.** Indicazioni dell'Interruzione artificiale della gravidanza. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 2, p. 111. — **Bertino.** Peritonite pelvica puerperale da diplococco di Frankel. *Ann. di Ost. e Gin.*, apr. 1906, p. 453. — **Bossi.** Sull' interruzione della gravidanza nelle tuberculotiche. *Archivio italiano di Ginec.*, décembre 1906, p. 241. — **Brice.** A Plea for Evacuation of the Uterus in Unrelevied Cases of Puerperal Eclampsia. *British m. J.*, novembre 1905, p. 1175. — **Callender.** Intra-peritoneal Hœmorrhage occuring during Labour. *Edinb. med. J.*, mai 1906, p. 443. — **Chueco.** Rupturas uterinas. Su profilaxia. *Rev. Obstetrica*, 1906, n° 2, p. 53. — **Cohn.** Un cas rare de placenta prævia avec son décollement complet et spontané. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie Bucharest*, janvier 1906, p. 149. — **Coudert.** De l'œdème inflammatoire du tissu cellulaire péricervical dans les suites de couches pathologiques. *L'Obstétrique*, janvier 1906, p. 8. — **Cragni.** The Treatment of puerperal Infection. *Am. J. Obst.*, juin 1906, p. 775. — **Cuff (A.).** A contribution to the operative Treatment of puerperal Pyœmia. With Report of a Successfull Case. *Obst. and Gyn. of British Emp.*, 1906, n° 5, p. 317. — **De Bovis.** Diagnostic des ruptures utérines. *La Semaine méd.*, 1906, n° 17, p. 193. — **D'Erchia.** Contributo allo studio placenta previa. *Archivio italiano di Ginec.*, mars 1906, p. 105. — **Dormann (A.).** The pathology of puerperal Infection. *Am. J. of Obst.*, janvier 1906, p. 771. — **Esch.** Zur Geburtshilflichen Therapie der Eklampsie. *Münch. mediz. Wochensch.*, avril 1906, p. 699. — **Fothergill.** A Case of Eclampsia followed by puerperal melancholia which was treated with thyroid gland substance. *Edinb. med. J.*, mars 1906, p. 236. — **Frankel.** Spont. puerp. Gangräne beider ob. Extremitäten. *Mon. für Geb. und Gyn.*, déc. 1905, p. 781. — **Gastonguay.** Traitement rationnel et précoce de l'avortement incomplet. *Le Bull. méd. de Québec*, avril 1906, p. 333. — **Gauss (C.-J.).** Perityphlitis und Schwangerschaft. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1905, p. 1068. — **Gausses-Ziegelmann (Mme).** De la pyélonéphrite gravidique. *Arch. gén. de médecine*, 1905, p. 1730. — **Guerdjikoff.** De la rupture des varices vulvaires pendant la grossesse et l'accouchement ; hémorrhagie mortelle. *Rev. méd. Suisse romande*, 1906, n° 4, p. 222. — **Guicciardi.** La cura chirurgica nella infezione puerperale a forma trombo-flebitica. *Annali Ost. e Ginec.*, 1906, n° 1, p. 1. — **Harrisson.** Three Cases of ruptured Uterus treated by abdominal Section and Suture. *British med. J.*, juin 1906, p. 1270. — **Haeckel.** Unterbindung dei venæ spermaticæ bei puerperaler Pyämie. *Deutsche med. Wochensch.*, 1905, p. 1637. — **Hubbard.** Some on the Surgical Conditions of the Puerperium. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 686. — **Impallomeni et Senni.** In causa di aborto seguito da morte. *Clin. Ostet.*, 28 fév. 1906. — **Kelley (Th.).** Typhoid fever in pregnancy. *Am. J. Obst.*, avril 1906, p. 529. — **Lambrior.** Un cas d'ictère émotif chez une femme enceinte. *Bull. Soc. méd. et natural. de Jassy*, 1906, n° 3, p. 63. —

Le Dentu. Les infections puerpérales aiguës et leur traitement. *Le Bulletin méd.*, mai 1905, p. 412. — **Lingel**. Zur Verhutung dei Puerperalficher. *München. mediz. Wochensch.*, novembre 1905, p. 2183. — **Mangiagalli**. Cardiopatia e gravidanza. *Annali di Ost. e Ginec.*, janv. 1906, p. 69. — **Martini Erich**). Ueber einer gelegentlichen Erreger von Septis puerperalis. *Deutsche mediz. Woch.*, 1905, p. 1307. — **Michel**. Rétrécissement mitral et de la grossesse. *Arch. gén. de méd.*, 17 avril 1906. — **Moran**. Puerperal Eclampsia. Statistics of Columbia Hospital. *Am. J. Obst.*, mai 1906, p. 609. — **Mucci**. Sull'intervento precoce nella placenta previa. *La Clinica Ost.*, juin 1906, p. 249. — **Pichevin**. Du curage utérin dans l'infection puerpérale. *Sem. Gyn.*, 1905, p. 247. — **Polak**. Clinical Types of puerperal infection. *Brooklyn med. Journ.*, 1905, p. 266. — **Poncet** (**A**.). Actinomycose et grossesse. *Gaz. des Hôpitaux*, mai 1906, p. 735. — **Proud**. Lumbar puncture in puerperal eclampsia. *British med. J.*, mars 1906, p. 678. — **Rabboni**. — Considerazioni sulla blenorragia in gravidanza. *La Gynecologia*, mai 1906, p. 272. — **Rosthorn**. Tuberk. und Schwangerschaft. *Deuts. med. Woch.*, 26 April 1906. — **Rudaux**. Traumatismes vulvaires au cours de l'accouchement. *Arch. gén. de méd.*, 3 avril 1906. — **Rudaux**. De la mort subite pendant la puerpéralité. *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1er mai 1906, p. 1089. — **Rudaux**. Inversion utérine obstétricale. *Gaz. des Hôpitaux*, 1906, n° 46, p. 543. — **Ryder**. Some Clinical Observation on thirty seven Cases of Eclampsia. *Am. J. of Obst.*, mai 1906, p. 622. — **Sabrazès**. Le sang des aménorrhéiques par malformations génitales ; deux nouveaux cas. *Gazette hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, janvier 1906, p. 3. — **Schickele**. — Zur Kenntis und Beurteilung des kriminellen Aborts. *Munch. med. Woch.*, 22 mai 1906. — **Sourdille**. Traitement de l'infection puerperale grave par la laparotomie ou la colpotomie sans hystérectomie. *Revue de Gynéc. et de Chirurgie abdom.*, 1905, n° 5, p. 857. — **Voorhees**. The Etiology of Puerperal Sepsis. *Am. J. of Obst.*, juin 1906, p. 753. — **Zanfrognini**. La paratiroidina vassale nel trattamento dell' eclampsia puerperale. *La Clinica Ostetrica*, décembre 1905, p. 306.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Jacobson**. A New Instrument for measuring all the Diameters of the Pelvis in the living Woman. *Med. Record*, mars 1906, p. 489.

VARIA. — **Brouardel**. Viol et violences. *Gazette des Hôpitaux*, 20 février 1906. — **Decio** La Maternita e la Scuola Ostetrica Milanese nel secolo XIX. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906 n° 3, p. 277. — **Devraigne**. Valeur de l'hémoglobinurie dans la pratique obstétricale. *L'Obstétrique*, mars 1906, p. 112. — **Morris**. A Case of heteroplastie ovarian Grafting, followed by Pregnancy and the Delivery of a living Child. *Med. Record*, mai 1906, p. 697. — **Pariset**. Le alterazioni discrasiche nella mola vescicolare. *La Clinica Ostetrica*, avril 1906, p. 169. — **Perret**. Statistique de la clinique d'accouchements Tarnier. *L'Obstétrique*, mars 1906, p. 165.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

SUR LA PHLÉBITE UTÉRINE PUERPÉRALE

Par le docteur A. VANEY,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Nancy.

A la séance du 10 avril 1905 de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, Wallich, à propos d'une de ses malades chez qui le diagnostic de phlébite utérine avait été porté par deux consultants, l'un chirurgien, l'autre médecin, avouait à ses collègues « avoir fait quelques réserves sur un diagnostic qu'il voyait poser pour la première fois », et qu'il serait désireux de connaître leur réponse à cette question précise : « Existe-t-il actuellement une phlébite utérine, modifiée par l'antisepsie, même insuffisante, affection pouvant se développer en cas d'infection puerpérale ou après les opérations pratiquées sur l'utérus, et dont l'évolution se limite aux veines utérines et iliaques ? Cette phlébite a-t-elle des symptômes nets ? »

Doléris, après avoir rappelé l'importance que prenaient autrefois les suppurations veineuses du petit bassin, importance qui justifiait l'appellation de phlébite utérine donnée à une des formes de l'infection puerpérale où dominaient ces lésions, expliquait « qu'avec la notion nouvelle d'une pathogénie microbienne précise et les modalités d'espèces qu'elle comporte, la question avait changé d'aspect..., que l'évolution du streptocoque n'a point un tissu ou un système d'élection unique, que le microbe vit dans le tissu conjonctif, les séreuses, aussi bien que dans les muqueuses, dans les veines et dans le sang, et que, pour cette raison, toute infection veineuse partant de la plaie placentaire ou d'un traumatisme cervical ne va pas sans traînées de lymphangite le long des veines atteintes ; toute la gaine péri-vasculaire est atteinte en même temps ». Il concluait « qu'au point de vue anatomique, il n'y avait pas de phlébite utérine exclusive ». Au point de vue clinique, « il y avait des réserves à faire ». Si, au début, il existait une complexité de symptômes qui cadrait avec la diffusion des lésions, « la disparition de l'infection dans le système lymphatique utérin et péri-utérin pouvait, au bout d'un certain temps, laisser le champ libre à l'évolution du microbe dans le système veineux »,

en sorte que telle infection, « mixte dans son siège et dans ses caractères cliniques, pouvait, quand les autres foyers s'étaient atténués, revêtir les caractères passagers propres à la phlébite ». En tout cas, « il fallait toujours compter avec des foyers somnolents en dehors du système veineux, foyers toujours susceptibles de se rallumer ».

Après quelques courtes répliques de Siredey, Pinard et Segond, Wallich traduisait les résultats peu précis de la discussion par cette phrase mélancolique : « D'après les opinions exprimées ici, il est difficile de déterminer un ensemble symptomatique, correspondant à la phlébite purement utérine ou même iliaque et ne s'accompagnant ni de phlébite des membres, ni d'embolie. Il y aurait pourtant grand intérêt à reconnaître et à diagnostiquer la phlébite, alors que dans les étapes de sa propagation elle est encore cachée au niveau de l'utérus ou dans les veines du bassin, avant qu'elle ne crève les yeux en apparaissant sur les membres ou qu'elle ne se signale d'une façon tragique par une embolie. » Il parla de quelques signes « que les accoucheurs connaissent bien et qu'il serait bon de mettre en évidence, signes que l'on retrouve lorsque l'on recherche ce qui s'est passé dans la plupart des phlébites avant leur apparition sur les membres ou avant l'embolie » : élévations de température souvent légères, fréquence persistante du pouls, contrastant souvent avec une température absolument normale. Siredey insista sur ces caractères auxquels il attribuait « une valeur de premier ordre », mais personne ne vint, appuyé sur une documentation solide, établir d'une façon satisfaisante, complète, la symptomatologie de la métrophlébite qui suit la délivrance ou les opérations pratiquées sur l'appareil génital féminin.

A cette époque, nous nous occupions de recherches pour notre thèse de doctorat, dont le sujet était précisément l'étude de la pathogénie et de la symptomatologie des coagulations veineuses utérines et périutérines au cours de la puerpéralité (1). Nous souvenant d'un cas d'embolie pulmonaire mortelle, survenue après une hystérectomie abdominale, alors que nous étions interne de M. le professeur Gross (1896), en possession de documents étrangers réunis autrefois et d'un mémoire important de notre ami M. le professeur agrégé Michel (2) sur l'embolie après

(1) A. Vaney, *Des Processus phlébitiques du tractus génital au cours de la puerpéralité.* (*Métrophlébites puerpérales*). Thèse de Nancy, juin 1906.

(2) G. Michel, De l'embolie pulmonaire après les opérations pour tumeurs fibreuses de l'utérus, en particulier après l'hystérectomie totale et subtotale. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet-août 1900.

l'ablation des tumeurs fibreuses, nous avions résolu de nous transporter dans le domaine des accouchements et de mettre au point pour l'obstétrique ce que d'autres, avant nous, avaient fait pour la chirurgie abdominale. Cette idée nous était venue à cause du silence des traités classiques et de la littérature française sur ces questions pourtant capitales des thrombo-phlébites utérines puerpérales, silence qui contrastait singulièrement avec l'abondance relative des travaux parus en Allemagne depuis une dixaine d'années, et qu'un mémoire nouveau, des plus documentés, de Richter, assistant de Léopold, venait de compléter encore. L'incertitude des accoucheurs français ne faisait qu'ajouter pour nous à l'attrait de creuser le mieux possible un sujet d'un ordre si éminemment pratique, et de chercher à « mettre en évidence » ces signes sur lesquels Wallich attirait l'attention et dont la valeur clinique était considérable, puisque leur connaissance pouvait permettre de prévoir l'embolie et d'éviter la mort subite.

L'idée fondamentale qui nous a dirigé dans l'élaboration de notre thèse dérive tout entière des théories actuellement admises sur la pathogénie des coagulations vasculaires. Nous nous sommes placé en face de la thrombose péri-utérine ; et, comme, pour la combattre, le mieux est de viser à la tête, de supprimer ou d'atténuer sa cause, nous nous sommes demandé quelle était cette cause et quelles étaient les circonstances susceptibles de la produire. Les rapports de Mayet et de Vaquez au Congrès de Nancy (1896), dont les conclusions quelque peu atténuées en ce qui concerne la formation de dépôts fibrineux intra-capillaires avaient toujours force de loi, servirent de base à nos méditations sur la meilleure manière d'envisager un sujet si complexe et nous amenèrent à raisonner de la façon suivante : *L'altération vasculaire* est la grande cause des coagulations sanguines. Cette altération provient d'une *irritation* qui affecte les parois du vaisseau, atteint primitivement ou secondairement l'endothélium, dont la chute est le point de départ de la cristallisation fibrineuse. Elle est par conséquent le résultat d'un *processus de défense*, *de nature inflammatoire*, puisque le mot *inflammation* caractérise précisément « l'ensemble des désordres anatomiques, des lésions dégénératives créées par toute injure faite aux tissus » (Letulle).

Les éléments irritatifs sont divers ; ils peuvent être *mécaniques*, *thermiques*, *toxiques*, *infectieux*. Certains auteurs prétendent que le traumatisme, la lumière, la chaleur agiraient par la mise en liberté dans les cellules de poisons solubles, et qu'en définitive toute action

inflammatoire serait d'origine toxique (Courmont). Nous avons recherché tous les éléments capables d'irriter les parois veineuses maternelles au cours de la gestation, pendant l'accouchement et après le part; et, logiquement, en considérant les transformations histologiques qui surviennent sous l'influence des grossesses les plus normales au sein des caduques, dans la masse du parenchyme utérin et dans les réseaux veineux avoisinants, nous en sommes venus à nous demander si ces transformations n'étaient pas en quelque sorte assimilables à de la vascularite. Après tout, vascularite, inflammation, ne sont que des mots, utiles pour matérialiser notre pensée et nous permettre de classer certains processus, mais il n'est nullement indispensable d'attribuer un caractère pathologique à ces processus, la physiologie et la pathologie ne pouvant être scindées arbitrairement. Ainsi que le dit Roger, « la santé parfaite n'existe pas; et, d'autre part, il est fort malaisé, pour ne pas dire impossible, de tracer une démarcation nette entre les deux états de santé et de maladie, qui sont absolument différents dans leurs expressions les plus hautes, mais se rapprochent et se fusionnent dans leurs manifestations les plus atténuées ».

De ce manque d'équilibre dans des actes vitaux résulte chez la femme enceinte une crase sanguine spéciale où des déchets cellulaires, plus abondants que normalement, s'ajoutent à des produits de nature particulière (sécrétions du corps jaune), qui ont une action élective sur le système circulatoire utérin (Frænkel), et à des poisons issus des fermentations intestinales, du placenta (Weichardt), du fœtus lui-même (Bumm). Ces « toxiques puerpéraux », ces « toxines physiologiques », à en juger par leur rôle pathogénique dans la néphrite gravidique, influent à fortiori sur la nutrition des cellules vasculaires au niveau de l'utérus et des annexes, où leur abondance est plus grande en raison de l'afflux sanguin qui y règne. Rien d'étonnant donc que leur présence puisse être invoquée pour expliquer la prolifération cellulaire excessive, dont la caduque est le théâtre, et qui aboutit à la transformation des cellules arrondies et fusiformes du stroma conjonctif normal en ces énormes cellules déciduales, qui sont massées au voisinage immédiat des vaisseaux et atteignent dans la sérotine cet accroissement extraordinaire qui leur a fait donner le nom de *cellules géantes à noyaux multiples*. L'hyperplasie du tissu conjonctif dans la musculaire, la multiplication des cellules endothéliales sont encore en faveur d'un processus de nature inflammatoire, et il y a lieu de croire que la phlébosclérose annexielle, qui aboutit au vari-

cocèle utéro-ovarien, n'est, dans bien des cas, que la seule conséquence de la prolifération cellulaire périveineuse de la gestation. La comparaison avec l'état histologique d'une veine périphérique réagissant à une irritation aseptique est en faveur de cette hypothèse. Il suffit de lire la description qu'en donne Vaquez (*Cliniques médicales de la Charité*) pour être frappé de la ressemblance ; et les thromboses spontanées du huitième mois, qui précèdent et annoncent le décollement du placenta, ne sont à nos yeux que le premier acte défensif de l'organisme contre la dilacération des endothéliums sinusiens par les cellules géantes, par les plasmodies. On sait, en effet, que ces plasmodies « pénètrent dans les parois des sinus veineux, écartent les éléments endothéliaux » et traumatisent ainsi la paroi qui devient apte au dépôt des coagulations fibrineuses (Friedlaender, Léopold). — D'autre part, si l'involution la plus physiologique des veines péri-utérines laisse toujours après elle un certain degré de sclérose avec tendance à la dilatation variqueuse, la reconstitution des veines du muscle utérin laisse toujours persister de l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel qui est pour l'organe une cause de « déchéance », car elle lui donne une friabilité parfois excessive qui le prédispose aux ruptures. On peut penser qu'il en est de même pour la muqueuse utérine, au moins dans ses couches profondes, au niveau de la zone placentaire, puisque les thrombus qui s'y forment après la délivrance s'organisent et sont finalement remplacés par une masse conjonctive qui, à la fin de la sixième semaine, se voit encore nettement sous forme de taches à limite claire et ondulée.

Nous ne dirons rien de plus de ces transformations physiologiques des veines de l'appareil génital. *Notre but était de montrer sur quel substratum venaient se greffer les inflammations anormales qui sont contemporaines ou consécutives à l'état de grossesse*, et qui intéressent surtout le médecin à cause des graves complications dont elles peuvent être la source.

Laissant de côté tout ce qui peut compliquer la métrophlébite physiologique ou la dévier de son type régulier par le fait de traumatismes ou de lésions d'origine toxique antérieures à la puerpéralité, étude que nous avons faite longuement ailleurs et à laquelle le lecteur peut se reporter, nous n'envisagerons ici que la métrophlébite pathologique la plus importante, *la métrophlébite infectieuse*.

Il nous paraît cependant indispensable de dire quelques mots de l'extension que peuvent prendre les thromboses placentaires après la

délivrance quand la rétraction utérine ne se fait pas ou se fait mal. Les caillots qui succèdent à la dilacération des sinus inter-utéro-placentaires sont le fait de la vascularite traumatique qui succède au brisement, au froissement des cellules sinusiennes. D'habitude, la sangle musculaire oppose une « ligature vivante » qui ferme la lumière des vaisseaux, arrête l'hémorragie et réduit ainsi la coagulation à son minimum, la localise aux couches les plus superficielles de la zone placentaire. Mais que la parturiente, surmenée par un long travail, se trouve dans un état d'asthénie passagère qui diminue l'énergie de ses réflexes, ou que les vaisseaux sclérosés se resserrent mal sous l'influence d'un muscle utérin dégénéré, la prolongation et l'abondance de l'hémorragie exigent des soins immédiats, irrigations chaudes, tamponnement, qui figent le sang aux lieux mêmes de leur application et ne peuvent empêcher la prolongation de ces caillots dans la musculaire de l'utérus, dans les territoires voisins qu'occupent les plexus, les spermatiques et utérines, voire même l'hypogastrique, l'iliaque primitive et la veine cave. L'absence de valvules dans les sinus utérins, leur dilatation expliquent dans une certaine mesure l'importance de cette thrombose aseptique. Le ralentissement du sang, sa constitution chimique y sont pour une grande part, mais nous y voyons aussi et surtout le rôle d'une paroi malade, d'un endothélium exfolié par suite de sa friabilité excessive, en un mot le rôle d'une phlébite chronique, aidant dans ses complications l'évolution d'une phlébite aiguë aseptique d'origine traumatique. C'est ce qu'on pourrait appeler : *la métrophlébite atonique aseptique des suites de couches*. Il nous semble qu'on y insiste trop peu, en France du moins.

Et cependant, des complications graves sont à craindre. Bummey en donne une preuve dans son *Traité d'accouchements* où il reproduit la coupe d'un utérus provenant d'une femme morte d'embolie pulmonaire détachée d'une thrombose aseptique des veines utérines. L'embolie n'est pas toujours mortelle. Tout dépend, bien entendu, du volume de l'embolus. Le caillot, d'autre part, ne dégénère pas fatalement; il peut subir, c'est même le cas le plus fréquent, l'organisation fibreuse. Sa masse fait place à un cordon dur, incrusté souvent de sels calcaires; et la gêne qu'il apporte à la circulation de toute la région joue certainement un grand rôle dans l'ectasie ultérieure des veines du tractus génital. Dans certains cas il pourrait même devenir graduellement perméable, les capillaires de nouvelle formation qui le pénètrent étant susceptibles d'unir à

un certain moment les vaisseaux de l'adventice avec la partie libre de la veine (Thomas).

Après l'avortement, des thrombo-phlébites de ce genre sont peu à craindre. Il est bien certain que, dans les premiers temps, l'exiguïté du calibre des vaisseaux prédispose peu à leur extension et diminue encore les risques d'embolie, à moins que l'infection n'intervienne pour ramollir les thrombus et les émietter dans le torrent circulatoire.

La métrophlébite infectieuse tient une place capitale dans la pathologie veineuse obstétricale. L'*endométrite latente*, la plupart du temps d'origine blennorrhagique, préexiste souvent à la puerpéralité, et la poussée congestive qu'amène la greffe de l'œuf fécondé se fait dans des capillaires et des veines malades,aux parois infiltrées de cellules jeunes, sclérosées quand l'affection est de vieille date, et parsemées d'abcès microscopiques, comme l'a montré Hantcheff pour les veines du col. Cet état de la muqueuse ne va jamais sans un degré plus ou moins marqué de métrite parenchymateuse : capillaires et veines sont le siège d'une excessive prolifération de leur endothélium, sont ectasiés çà et là avec des bourgeons saillants dans leur cavité, au point de former parfois de véritables angiomes caverneux (Pilliet). Dans ces conditions, l'afflux sanguin physiologique réveille l'inflammation assoupie. Dans toute la masse utérine, l'hyperplasie conjonctive, déjà si considérable, est décuplée sous l'effet de la poussée congestive gravidique; l'ectasie des vaisseaux est plus rapide, et leur paroi plus friable se rompt, donnant naissance à des hémorragies, à des décollements placentaires, d'où l'expulsion prématurée du produit de la conception.

Le même accident vient généralement interrompre la grossesse si l'infection arrive aux veines du tractus génital par la circulation générale, alors même que l'utérus se trouvait auparavant dans des conditions parfaites pour conserver l'œuf jusqu'à terme. L'action pernicieuse des pyrexies graves, des maladies éminemment toxiques, de la syphilis surtout, est trop connue pour que nous ayons besoin d'y insister. Dans la genèse de ces complications, l'action des poisons microbiens sur la fibre musculaire, par la contraction qu'elle amène, doit pour sûr entrer en ligne de compte, mais il est certain que la part la plus grande revient à l'inflammation septique des vaisseaux. L'intoxication microbienne vient s'ajouter ici à l'auto-intoxication physiologique; les phénomènes normaux de prolifération cellulaire sont hâtés, accélérés

par la quantité plus grande de produits solubles ; et, si l'agent pathogène vient, par surcroît, se greffer sur quelque point de la .caduque ou du parenchyme, l'hémorragie est inévitable, des thrombus se forment, doublement dangereux, car, après l'évacuation de l'utérus, ils peuvent être le point de départ de la propagation de l'infection le long des veines extra-utérines et même d'embolies septiques plus ou moins volumineuses.

De même que la métrophlébite physiologique prépare la trombophlébite aseptique pathologique du post-partum, la phlébite utérine infectieuse de la grossesse ouvre donc le chemin à la thrombo-phlébite septique des suites de couches. Dans bien des cas, il n'est pas indispensable de chercher dans une infection hétérogène au cours du travail l'origine de cette complication, puisque la malade portait en elle-même depuis longtemps le germe de l'affection, qui a progressé au cours de la grossesse et va s'accroître après la délivrance.

La phlébite utérine du post-partum est celle que Wallich avait uniquement en vue dans la question posée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie ; c'est elle qui fait le fond même de la discussion qui a suivi. En réalité, elle n'est qu'une partie, le dernier terme du vaste complexus anatomo-pathologique qu'on peut décrire sous le nom de *métrophlébite puerpérale*. S'il n'est pas absolument juste de dire que cette partie est la plus importante, il faut reconnaître que son existence donne à la physionomie des suites de couches un aspect parfois caractéristique qui explique très bien pourquoi les anciens aient cru devoir créer en sa faveur une entité morbide spéciale, une maladie particulière, la pyohémie, l'infection purulente des femmes en couches.

Nous ne nous attarderons pas à cette forme ancienne. Avec la septicémie maligne, véritable typhus puerpéral, souvent épidémique, qui tuait les malades en quelques jours, elle a presque complètement disparu du cadre nosologique.

L'antisepsie a modifié la physionomie des complications obstétricales : son action s'est fait sentir « non seulement sur leur quantité, mais aussi sur leur qualité ». Elles sont devenues à la fois plus rares et plus bénignes ; et l'agent pathogène, s'il se généralise encore à tout l'organisme. tend de plus en plus à se localiser en certaines régions où les leucocytes viennent le combattre et souvent le détruire. La *phlegmatia alba dolens* des membres inférieurs est une de ces formes atténuées de l'infection qui montre bien son nouvel aspect. Ce n'est plus le cordon purulent

faisant suite à des thromboses ultra-septiques des veines du petit bassin et dont la mort arrêtait la propagation avant l'ère pastorienne; c'est une inflammation plus lente, à incubation plus longue, dont le début, rare avant le 12e jour, est une preuve de la moindre virulence du contage et de la résistance par là plus facile des tissus envahis.

De ce qui se passe à la crurale et aux saphènes, il est rationnel d'induire que la phlébite doit prendre aussi dans les veines génitales des caractères nouveaux et en quelque sorte modernes. Ce sont ces caractères que, suivant le désir de Wallich, nous nous efforcerons de faire ressortir. Ainsi nous dégagerons ce nouvel aspect d'une affection que le praticien rencontre, malheureusement, bien souvent encore, et dont le danger, s'il est moins immédiat que dans les formes anciennes, n'en est pas moins réel et redoutable.

D'une façon générale, on peut dire que les phénomènes réactionnels des veines à l'infection ou bien peuvent rester localisés, ou bien ont une tendance à l'extension, la nature du virus et celle du terrain étant variables suivant les malades.

Supposons, en effet, une infection d'une blessure du col ou de la grande plaie intra-utérine. Sans parler des déchirures qui s'étendent très haut vers la portion supra-vaginale et rompent quelques veines sous-péritonéales, lésions dont le contage direct peut être le point de départ de phlegmatias du petit bassin, l'état de l'endométrium après l'accouchement suffit à expliquer la production de phébites utérines, plus ou moins étendues suivant le degré de rétraction du muscle utérin après la délivrance. Les débris de caduque et les thrombus situés au niveau de l'aire placentaire peuvent, en effet, servir d'excellent milieu pour la pullulation des microbes de toutes sortes. C'est donc la muqueuse qui réagit la première aux attaques de l'élément infectieux; et l'endométrite constitue la première phase de la lutte contre l'invasion septique. Des cellules d'épithélium font partie intégrante de l'endomètre, sans doute, mais, comme ce sont les cloisons inter-sinusiennes qui en forment la masse principale, on peut dire que l'endométrite des suites de couches n'est d'abord, à proprement parler, qu'une phlébite développée aux dépens des lambeaux de ces cloisons. L'évolution en est rapide. Les colonies microbiennes, comme Bumm l'a bien montré, ont vite fait de frapper de mort la couche la plus superficielle, trop peu adhérente pour se nourrir; les couches profondes seules se transforment en une zone de cellules embryonnaires, semées de nombreux leucocytes, qui s'opposent

à la progression des germes infectieux. Et de l'utérus s'écoule une suppuration abondante qui emporte les parties nécrosées de la caduque.

En somme, cette forme a peu de tendance à se propager. Les thrombus placentaires suppurent en partie, sont éliminés progressivement, mais les bourgeons vasculaires les pénètrent vite, et l'infection ne fait, après tout, qu'accentuer, qu'accélérer le travail d'organisation que nous avons vu s'établir normalement après un accouchement aseptique.

D'autres fois, quand la rétraction est mauvaise, que les caillots s'étendent dans l'épaisseur du parenchyme utérin ou que les bactéries possèdent une virulence plus marquée, la barrière de granulations ne suffit pas à arrêter l'invasion. Les cocci progressent dans la lumière de la veine, en partie dans la masse du thrombus, en partie le long de la paroi, et, s'étendant de proche en proche, peuvent parvenir jusque dans les veines les plus éloignées du tractus génital. Dans ces cas, la marche de l'inflammation varie. Autrefois, la suppuration envahissait rapidement les caillots; il se formait de nombreux abcès dans la cavité des veines et autour d'elles; et un « mélange boueux de pus et de caillots ramollis » était, en définitive, l'aspect que les sinus utérins et les veines extra-utérines présentaient à l'examen microscopique.

Aujourd'hui, la forme suppurative profonde, « la forme infectieuse grave », comme l'appelle Siredey, est une exception. Les observations actuelles nous donnent bien plus l'impression de ce que le même auteur désignait sous le nom de « phlébite simple ou adhésive » ou encore d'une forme atténuée de sa « phlébite infectieuse ».

Il y a vingt ans, à l'époque où Siredey écrivait son ouvrage sur « les maladies puerpérales », il constatait déjà que la « phlébite simple » était la plus fréquente, la moins grave, mais qu'elle était aussi la plus faussement interprétée. Il l'assimilait aux lésions veineuses du membre inférieur, dont elle était quelquefois le point de départ, et disait que sa variété la plus commune consistait dans des lésions localisées à un ou deux troncs vasculaires, dans l'oblitération de quelques vaisseaux du tractus utéro-ovarien. « Ce n'est pas seulement dans les parois utérines, dit-il, qu'il faut rechercher des caillots pour affirmer l'existence d'une phlébite, alors qu'il n'existe pas de suppuration », car il faut tenir compte de la thrombose normale, physiologique, qui s'observe d'une façon constante au niveau du placenta (et qui, nous l'avons vu, peut prendre une extension considérable dans certains cas exceptionnels). C'est dans les veines du plexus utéro-ovarien, dans les

veines hypogastriques, qu'il faut aller découvrir le vaisseau malade et le suivre dans toute sa longueur. « Quelquefois, la lésion ne dépasse pas la veine hypogastrique ; on découvre dans le plexus utéro-ovarien une veine dure, résistante, qui part des parois de l'utérus, où l'on ne tarde pas à la perdre, quelque soin que l'on mette à poursuivre le caillot. Mais, en incisant cette veine dans toute son étendue, on peut voir qu'elle est remplie par un coagulum fibrineux plus ou moins adhérent et qui se prolonge jusqu'à l'embouchure d'une veine collatérale importante. Tantôt il s'arrête en un point, se terminant par une extrémité conique, légèrement aplatie, qui fait saillie à l'intérieur de la veine un peu au delà du confluent. La forme du caillot peut être comparée à une tête de serpent; cette image vulgaire en donne une idée assez exacte. Quelquefois, le caillot se prolonge au delà des premières collatérales; il envahit des troncs plus volumineux, et les branches situées en amont subissent à leur tour la thrombose, s'il n'existe pas de voie collatérale pour permettre au cours du sang de se rétablir. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir un caillot, ayant son point de départ dans l'utérus, suivre une veine du plexus utéro-ovarien, pénétrer avec elle dans l'hypogastrique qu'il envahit à son tour, s'étendant jusqu'à l'iliaque primitive. De là la thrombose gagne tous les rameaux veineux qui sont tributaires de la veine iliaque primitive, et notamment l'iliaque externe et la fémorale, expliquant ainsi la fréquence de ces phlébites des membres inférieurs chez les femmes en couches. »

Tel est le degré d'extension que peut prendre la thrombose. Elle reste cantonnée, d'habitude, aux veines du tractus génital et du petit bassin; c'est pour cela qu'elle est le plus souvent une thrombose cachée et que sa présence est si souvent méconnue avant les accidents emboliques.

La plus grande variété peut exister dans la situation des caillots. Tantôt ils sont la continuation d'un thrombus placentaire; tantôt l'infection a progressé uniquement par les lymphatiques et le tissu cellulaire péri-veineux; et cette périphlébite a engendré de distance en distance des zones de phlébite et de thrombose, séparées de l'utérus par d'autres zones complètement saines. Dans quelques cas, heureusement très rares, la thrombose va même jusqu'à la veine cave inférieure. A la séance du 1er février 1887 de l'Académie de médecine, M. Lancereaux a présenté des pièces provenant de l'autopsie d'une femme accouchée à terme et morte après avoir présenté les symptômes les plus graves d'oblitération veineuse et artérielle. « Les sinus utérins étaient obstrués par des cail-

lots blanchâtres et très fermes. Les veines qui en émanaient se présentaient sous forme de cordons solides et cylindriques formés par des bouchons du même genre. Ces bouchons se continuaient, d'une part, dans la veine hypogastrique, d'autre part, dans les veines utéro-ovariennes. Les troncs des veines hypogastriques étaient obstrués, et, de plus, ceux des iliaques primitives et de la veine cave jusqu'au diaphragme. Les troncs formés par les utéro-ovariennes se trouvaient également bourrés de caillots jusqu'à leur terminaison dans les veines rénales; ces dernières l'étaient également et jusque dans leurs ramifications. »

Ce n'est pas seulement après l'accouchement que les femmes sont exposées à ces complications, mais aussi après l'avortement. Quoique dans ces cas, ainsi que nous l'avons vu, la muqueuse, « non dégénérée, bien vivante, reste attachée à la paroi utérine et y défende la pénétration de l'agent infectieux », il est des circonstances où la pénétration des germes se fait tout de même dans le parenchyme et le paramétrium, et où les veines profondes sont infectées. Richter a rapporté l'observation d'une femme qui mourut d'embolie pulmonaire au neuvième jour après un avortement au troisième mois et où l'on trouva des thrombus des deux ligaments larges. L'an dernier, le professeur Kretz communiquait à ses collègues les résultats de l'autopsie d'une femme qui avait succombé à la suite d'une fausse couche. M. le professeur agrégé Hoche a publié aussi, dans *les Annales de gynécologie*, l'observation d'une femme qui avorta à la Maternité de Nancy, le 6 octobre 1899, d'un fœtus de 4 mois et y mourut le 7 novembre. A son autopsie, on découvrit une thrombose des veines utéro-ovariques et de la veine cave, qui se prolongeait par le cœur droit jusque dans l'artère pulmonaire où flottait son extrémité. « Par voie rétrograde, le processus de coagulation avait même gagné les deux veines iliaques ; il avait provoqué la thrombose de la veine rénale droite et de ses branches, et aussi l'obstruction partielle de quelques veines sus-hépatiques. »

Dans ces thromboses étendues, le caillot n'est pas infecté dans toute sa longueur. Son point d'origine seul contient d'abord les microbes qui ont occasionné la dégénérescence de la paroi veineuse. Ces derniers, comme l'a montré Widal, « sont confluents au niveau de la paroi interne de la veine et disséminés au milieu des globules rouges ». Un peu plus tard seulement ils progressent le long de l'endothélium et pénètrent les tissus qui entourent la veine. Mais, au delà, « la majeure partie du caillot ne possède pas trace de microorganismes ni dans son

intérieur ni sur les parois de la veine. Cette forme de thrombus est due à la coagulation progressive du sang qui baigne les extrémités du caillot primitif. Ce sont des caillots prolongés, d'origine purement mécanique, qui, loin d'être pénétrés par des bactéries, opposent tout d'abord une barrière à leur invasion ». Nous insistons à ce propos, tout particulièrement, sur la différence dans le mode de formation du thrombus primitif et celui du caillot secondaire, ce dernier produisant d'emblée l'oblitération de la veine, l'autre s'accroissant par couches successives, laissant longtemps circuler le sang à côté de lui et évoluant ainsi dans l'ombre jusqu'à l'obstruction totale. *Cette phase préoblitérante du caillot septique est comme le trait distinctif de la phlébite puerpérale de nos jours.* L'atténuation de la virulence microbienne par l'antiseptique se prête à cette évolution lente et graduelle, pleine de périls, car souvent la femme marche vers la mort sans qu'aucun symptôme frappant ne vienne révéler le danger qui la menace, exposée qu'elle est, au moment de la formation presque subite du caillot secondaire, à la volumineuse embolie qui peut la tuer en quelques minutes.

Tel est l'aspect particulier que revêt la métrophlébite puerpérale moderne. Si, comme l'a fort bien dit Doléris, il n'y a pas de phlébite utérine exclusive au point de vue anatomique à cause de la coexistence constante de lymphangite, « la disparition de l'infection dans le système lymphatique peut, au bout d'un certain temps, laisser le champ libre à l'évolution du microbe dans le système veineux. La nature même de la phlébite et les lésions qu'elle détermine rendent compte d'une marche plus lente et plus persistante du microbe dans l'appareil veineux en même temps que de l'apparition des symptômes spéciaux à la thrombose veineuse infectieuse ».

Quoi qu'il en soit, la métrophlébite, dont nous avons tâché de faire ressortir la physionomie si particulière, n'est qu'une « forme de passage », au même titre que la phlegmatia des membres inférieurs ou les autres inflammations veineuses atténuées que l'on peut rencontrer en d'autres points de l'organisme. Elle n'est qu'une des étapes dans les multiples transformations que tout processus morbide est appelé à subir, un des anneaux de cette chaîne qui a commencé par la terrible pyohémie, et qui, brisée par la science bactériologique, finira quelque jour par disparaître sous les coups de plus en plus sûrs de la thérapeutique moderne.

ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE. — Nous ne reproduirons pas ici ce que

nous avons longuement développé ailleurs au sujet des symptômes qui, au cours de la grossesse, peuvent révéler la phlébite du tractus génital. Si l'avortement, conséquence des lésions inflammatoires des vaisseaux de l'endomètre, est important à prévoir, il est une complication des plus sérieuses, l'*embolie pulmonaire*, qui, dès avant l'accouchement, doit préoccuper le médecin, car il ne semble pas impossible que des thromboses veineuses utérines et péri-utérines puissent se former dès cette époque. Deux observations de Rendu, que nous avons rapportées, en sont peut-être la preuve; et la discussion de deux cas de phlegmatia alba dolens, cités par Saint-Ange, nous a conduit à considérer comme probable le point de départ génital de thromboses ante partum du membre inférieur. Mais, si des accidents emboliques peuvent être imputés à des lésions veineuses du tractus génital avant l'accouchement, il faut avouer qu'ils sont exceptionnels. Après la délivrance, au contraire, leur fréquence est relativement grande, et cela explique le soin que les accoucheurs ont mis, surtout en Allemagne, au cours de ces dix dernières années, à étudier les phénomènes qui accompagnent l'involution utérine normale et anormale. C'est sur ces signes que nous voulons insister en nous plaçant spécialement au point de vue de l'involution veineuse, car ils sont peu connus d'une façon générale et ne se trouvent pas dans les traités classiques.

A. « *La thrombo-phlébite atonique ou aseptique* des accouchées, dit Bumm, ne s'accompagne pas toujours de symptômes frappants. Si elle atteint la veine iliaque, de l'œdème et des douleurs peuvent exister à la jambe; mais ils manquent complètement quand, seuls, sont obstrués des territoires veineux du bassin qui sont sans importance pour le retour du sang de la jambe et peuvent facilement être contournés par les collatérales. Comme Mahler l'a montré, il y a alors *une montée par échelons* (*staffelformig*) *de la courbe du pouls*, *avec une température normale*, c'est-à-dire un accroissement continuel de la fréquence du pouls ne s'expliquant pas par les autres circonstances, comme unique symptôme qui indique la thrombose. Cette augmentation du nombre des pulsations s'explique de la façon la plus simple par l'augmentation des obstacles jetés dans la circulation. Au moment où ces derniers sont le plus marqués, le pouls est aussi le plus fréquent.

« Les dangers de la thrombose aseptique consistent en ce que de petits ou de grands morceaux de la masse du thrombus, emportés vers le cœur droit, peuvent produire des embolies dans les artères pulmo-

naires. Avec les petites embolies, tout consiste en un accès de suffocation; et un point d'induration dans le poumon, coïncidant avec l'apparition rapide d'un crachat couleur de framboise, est un signe certain d'embolie. Les plus grosses masses thrombosiques obstruent l'origine ou les branches de l'artère pulmonaire et causent par là une mort rapide. L'accouchée, qui n'avait pas la moindre fièvre et s'était sentie très bien, tombe tout d'un coup, à l'occasion d'un mouvement insignifiant, d'un effort en allant à la selle, à son premier lever, etc., et elle meurt. »

Ainsi donc, cette thrombose veineuse aseptique est au plus haut point dangereuse, puisqu'elle est capable de donner des embolies mortelles. Il faut bien connaître sa marche traîtresse, qu'aucune poussée fébrile n'accompagne, qu'aucune douleur, qu'aucun œdème ne révèlent au début de son évolution et qui se prête ainsi aux pires imprudences. Un seul signe permet de la dépister, celui que les Allemands appellent *le signe de Mahler*. Son importance en obstétrique, comme en gynécologie, est des plus grandes. Ç'est pourquoi nous y insisterons tout à l'heure; il mérite toute l'attention de l'accoucheur aussi bien que celle du chirurgien.

B. Nous plaçant au point de vue anatomique, nous avons dit un mot, dans les pages qui précèdent, des formes variées que prenait autrefois l'infection puerpérale et nous avons tâché de préciser le caractère des lésions veineuses qu'elle peut produire de nos jours. Si, il y a trente ans encore, les malades étaient parfois emportées par une pyrexie suraiguë, sidérant en quelque sorte l'organisme et ne lui laissant pas le temps de réagir, dans d'autres cas, à peine moins graves, la présence de pus à l'autopsie venait révéler la lutte malheureusement inégale que les leucocytes et les tissus avaient engagée contre les éléments microbiens. Cette forme pyohémique était déjà l'indice d'une atténuation de l'infection; le danger était pour un temps arrêté, circonscrit; mais la barrière, trop fragile, ne pouvait opposer qu'une résistance momentanée à un ennemi sans cesse renaissant; et, tôt ou tard, l'infection purulente envahissait l'économie tout entière.

Dans les formes graves, ultra-septiques, les symptômes généraux, il est facile de le comprendre, dominaient la scène; et la multiplicité des localisations viscérales, lorsqu'elles existaient, donnait à la fièvre puerpérale un aspect tellement complexe qu'il était impossible d'y démêler le plus souvent des signes précis permettant de juger de l'effet de la maladie sur tel ou tel ordre d'organes.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, le microbe, moins virulent, est arrêté d'abord à son point d'invasion ; et, lorsqu'il se répand dans la masse sanguine, puis s'arrête quelque part, ses atteintes, relativement bénignes, ont un caractère plus local qui les fait plus facilement reconnaître. L'antisepsie, en atténuant la gravité de l'infection, a diminué du même coup l'intensité des phénomènes généraux ; et, comme les organes génitaux en sont d'ordinaire la porte d'entrée, le tableau symptomatique de la maladie reflétera de plus en plus l'évolution d'un processus inflammatoire restreint, cantonné aux veines et aux lymphatiques du tractus génital et des régions qui, immédiatement, l'avoisinent.

La preuve de ce fait serait facile à établir. Reprenant les descriptions des anciens auteurs et interprétant le terme de *phlébite utérine* dans le sens large de maladie générale, qui lui était attribué autrefois, nous verrions que, si dans la forme foudroyante le ventre n'était le siège d'aucune douleur, n'était pas augmenté de volume, et si les phénomènes toxiques entraînaient la mort sans qu'on n'ait observé aucune localisation, dans les autres, des phénomènes locaux étaient de plus en plus apparents ; peu marqués dans *les formes typhoïdes*, et se réduisant généralement à une douleur vague, profonde à la pression du côté de l'utérus et à la fétidité des lochies, dans les formes moins sérieuses, débutant tardivement, huit, quinze jours après l'accouchement, des « complications pulmonaires, pleurales, articulaires, des abcès aux divers points des membres et du tronc » se mêlaient aux troubles observés dans la région génitale et permettaient ainsi de poser un diagnostic ferme des lésions primitives. Enfin, dans la *forme adhésive*, la *forme simple,* la plus bénigne, c'étaient les signes locaux qui dominaient, les phénomènes généraux étaient relégués à l'arrière-plan. « Il y avait bien de la fièvre, des nausées, un malaise vague ; mais le fait principal, c'était l'existence de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, au niveau de l'utérus ou dans son voisinage », phénomènes d'inflammation profonde, qui se propageaient plus ou moins vite du côté de la veine fémorale et occupaient ainsi la première place dans le tableau morbide. » (Siredey.)

Sans doute, à l'heure actuelle, nous envisageons la phlébite utérine dans un sens tout différent ; nous ne lui donnons pas toute l'importance de jadis, nous n'en faisons pas une forme de l'infection puerpérale, mais il n'est pas moins vrai que la marche de plus en plus circonscrite des lésions que l'on rencontre dans cette fièvre tend de plus en plus à donner à ses symptômes un caractère plus en rapport avec cette tendance

localisatrice. Et ainsi s'expliquent les paroles de Wallich : « Existe-t-il actuellement une phlébite utérine atténuée, modifiée par l'antisepsie, même insuffisante, et dont l'évolution se limite aux veines utérines et iliaques ? Cette phlébite a-t-elle des symptômes nets ? » Une telle question s'impose logiquement à celui qui s'est fait une idée d'ensemble de la pathologie infectieuse des suites de couches au cours du dernier siècle. Nous avons vu qu'elle était justifiée au point de vue anatomique, nous pouvons penser à priori qu'elle doit l'être encore au point de vue symptomatique.

C. Après l'accouchement la plaie placentaire est, en somme, une vaste plaie veineuse, et nous ne croyons pas sortir de la vérité en assimilant son inflammation à une inflammation phlébitique. Toutefois, ainsi que nous l'avons fait remarquer, même s'ils sont assez peu virulents ou assez peu nombreux pour ne pouvoir aller au delà de la cavité utérine, les éléments microbiens, surtout le streptocoque, arrêtés par les caillots sur le trajet des veines, peuvent cheminer le long des lymphatiques, ou, du moins, sécréter des toxines que ces vaisseaux emportent dans la circulation. La muqueuse utérine, dans la plupart des cas, agit comme un filtre qui laisse passer les produits solubles, mais retient le microbe (Bumm). Il en résulte qu'au début de toute infection de l'endomètre, même la plus atténuée, les symptômes cliniques reflètent cette coexistence de la phlébite et de la lymphangite, avec prédominance toutefois des symptômes lymphangitiques, puisque c'est surtout par les lymphatiques que le poison se répand dans l'organisme et y provoque des réactions générales (Bumm-Widal). Comme le dit Doléris dans sa réponse à Wallich, « l'infection streptococcique frappe d'abord la muqueuse utérine ou la surface d'une plaie traumatique ; elle se diffuse à tous les tissus sans distinction ; à cette période, elle n'offre pas plus de réaction spéciale à tel ou tel système qu'elle n'adopte pour siège unique tel ou tel élément. Les signes de la lymphangite, de la phlébite, de l'endométrite et de la salpingite, etc., se confondent généralement. Il y a cependant des cas qui témoignent d'une localisation plus réelle, où les réactions paraissent plus marquées. Mais ce qui domine, en somme, c'est la diffusion des lésions initiales ou secondaires et une complexité de symptômes qui cadre avec cette diffusion ».

Si donc, consultant les traités classiques, nous cherchons dans le tableau clinique de l'endométrite puerpérale au début ce qui peut se rapporter plus particulièrement à tel ou tel système, il nous semble que

nous devons laisser à la lymphangite les quelques douleurs abdominales et inguinales, de même que les symptômes généraux, absents quelquefois : frissons, fièvre, élévation du pouls, etc., qui commencent du 3e au 8e jour, et qui indiquent une résorption de toxines, un empoisonnement du sang. Quant à l'importance des réactions inflammatoires qui se passent exclusivement au niveau de l'endomètre, il faudrait un examen local pour nous en indiquer le degré. Malheureusement, le col seul est accessible au spéculum; et, si dans le cas de déchirures, « quelques fausses membranes, analogues aux couennes vulvaires », indiquent un processus septique, nous n'avons que l'*écoulement lochial* pour nous renseigner sur la nature et l'extension des ravages que le streptocoque et les autres bactéries exercent sur la muqueuse en lambeaux, sur le sort de ces sinus inter-utéro-placentaires dont les thrombus proéminent dans la cavité utérine, s'offrant ainsi à l'infection. Nous ne rappellerons pas le caractère des lochies normales. Quand les bactéries ont pénétré dans la cavité utérine, ces écoulements deviennent « grisâtres, brunâtres, de couleur chocolat; d'autres fois elles sont noirâtres et contiennent des débris pulvérulents, ce qui les fait ressembler à du marc de café. En même temps ils deviennent fétides. Cette fétidité, parfois peu marquée, peut être absolument infecte; elle rappelle alors l'odeur du cadavre en décomposition. » (Tarnier et Budin.)

Aujourd'hui que les injections intra-utérines sont de règle après tout accouchement dont les suites inspirent quelque crainte, l'écoulement lochial ne conserve pas longtemps un tel caractère; l'endométrite diminue vite d'intensité; et, si les soins n'ont pas tardé, il y a des chances pour que les veines du parenchyme demeurent indemnes et que la muqueuse se cicatrise sans conserver quelque reste d'inflammation chronique dont une leucorrhée abondante serait la signature clinique. En somme, à des *fièvres puerpérales antiseptiques* correspondent aussi des *lochies antiseptiques*, qui se rapprochent d'autant plus des lochies normales que l'infection aura été plus bénigne et plus rapidement vaincue. Leur examen sera donc utile à l'accoucheur. Il le préviendra, dans une certaine mesure, jusqu'à quel point la pénétration des germes infectieux a pu s'effectuer le long des tuniques veineuses ou dans les caillots placentaires. Mais il ne faut pas s'en exagérer la valeur. Si le changement de coloration est un phénomène constant, la fétidité peut manquer. Une infection peut être grave et cependant l'écoulement ne présenter aucune odeur, puisqu'il faut l'intervention des anaérobies, des saprophytes, pour

qu'il acquière cette « gravis odor », dont la signification est considérable, sans doute, mais dont l'absence ne doit pas aller jusqu'à inspirer une sécurité trompeuse.

Maintenant, supposons envahis les sinus du parenchyme. L'infection progresse dans les plexus, chemine le long des gros troncs péri-utérins, pouvons-nous nous douter de son extension, pouvons-nous diagnostiquer la thrombose quand elle est encore cachée au niveau de l'utérus ou dans les veines du bassin, avant, comme le dit Wallich, « qu'elle ne crève les yeux en apparaissant sur les membres ou ne se signale d'une façon tragique par une embolie »? Nous nous sommes efforcé de « mettre en évidence » ces signes que « les accoucheurs français connaissent bien », nous n'en doutons pas, mais qu'ils ont peut-être trop négligé de vulgariser dans le public médical, dont l'attention a peu été attirée jusqu'ici sur les complications métrophlébitiques des suites de couches.

α. *La fièvre.* — L'inflammation des veines du tractus génital peut se révéler d'abord par un symptôme général, qui est commun à presque toutes les infections et qui consiste en *une modification de la température normale. La fièvre* est, en effet, un élément important de diagnostic de la phlegmatia puerpérale profonde. Même si les bactéries ne se sont pas encore répandues dans le sang et continuent à se développer lentement le long des vaisseaux, leurs toxines, sécrétées sans cesse, et à certains moments résorbées en plus grande abondance, déterminent des variations de combustions exprimées immédiatement par la courbe thermique. Au début, l'infection peut se propager à la fois par les veines et par les lymphatiques, surtout par les lymphatiques,plus perméables au streptocoque, d'où la possibilité d'exclure la phlegmatia veineuse péri-utérine des premières manifestations fébriles de la maladie. Un peu plus tard, les conditions changent. Comme le dit Doléris, le streptocoque a une évolution en quelque sorte cyclique; sa virulence ne dure pas; on peut s'en rendre compte par la marche de l'érysipèle dont le cycle quasi-fatidique ne dépasse guère huit ou neuf jours. Il s'ensuit que « telle infection complexe, mixte dans son siège et dans ses caractères cliniques, peut, quand les autres foyers se sont atténués, revêtir des caractères passagers propres à la phlébite : pyrexie rémittente, avec grands accès de fièvre et frissons, suivis d'apyrexie complète, phénomènes métastatiques viscéraux, foyers hépatiques, pulmonaires, etc. »

Donc *toute poussée de phlébite grave est caractérisée par un frisson*

violent, suivi d'une ascension thermique dépassant quelquefois 40°, puis d'oscillations rémittentes de durée plus ou moins longue, enfin d'apyrexie totale. C'est, en somme, la description que donne Siredey de la « phlébite infectieuse » ancienne ; et la multiplicité des frissons, leur intensité et leur répétition irrégulièrement intermittente marquent, d'après cet auteur, la différence qui existerait entre l'infection par les veines et l'infection par les lymphatiques, où le frisson serait unique et la température constante.

La phlegmatia alba dolens peut apparaître primitivement au pli inguinal ; et, dans le cas où elle est la première manifestation de l'infection sur le système veineux, sa période prodromique peut être silencieuse. Mais qu'auparavant survienne une succession de frissons et de poussées fébriles que nulle douleur, nul œdème n'accompagnent au niveau des membres, qu'au contraire la malade souffre dans les fosses iliaques, il est fort probable que ces symptômes marquent la progression de l'inflammation le long des veines utérines et péri-utérines, jusqu'au moment où elle apparaît à la fémorale. Ces élévations de température peuvent être très légères et se montrer dans les *dix* jours qui suivent l'accouchement, c'est vrai ; et, dans ce cas, elles n'ont pas grande signification pathognomonique en ce qui concerne la métrophlébite. Mais, plus tard, dans cet intervalle de deux, trois ou même quatre semaines, qui peut séparer l'époque de la délivrance des premiers symptômes extérieurs de la phlegmatia, de nouveaux accès fébriles, quelque minimes soient-ils, auront toujours la plus grande valeur pour le diagnostic d'une phlébite latente dans les veines génitales. Widal a beaucoup insisté sur cette *période intercalaire* qui sépare le cycle du début des premiers phénomènes de la phlegmatia. Elle appartient en propre, peut-on dire, à la métrophlébite, et elle doit être surveillée avec le plus grand soin, car les symptômes fébriles ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Vaquez a décrit *une phlébite latente à début embolique*, qui « évolue sourdement, à bas bruit, ne se révélant que par quelques *symptômes vagues* qui méritent d'être cherchés » jusqu'au jour où le point de côté et le crachat sanguinolent mettent sur la trace du danger imminent. *Nous insistons donc sur ces symptômes vagues.* Ce sont, en général, « *des malaises* plus ou moins accentués », *un peu de céphalalgie*, quelques *petits frissons*, ne durant parfois que quelques heures, et qui passent inaperçus, car la sage-femme y voit encore trop souvent la fièvre de lait, et le médecin a trop de tendance à les mettre sur le compte d'une nervosité excessive.

alors que la fièvre en est seule responsable. Et puis, comme Siredey le fait remarquer, « la température est rarement prise avec toute la précision désirable. Un grand nombre de chirurgiens et d'accoucheurs se contentent à tort de la température axillaire », qui est illusoire. Seule la température rectale, plus facile à prendre, ne trompe pas. Elle doit donc être cherchée systématiquement « car elle sera souvent le premier cri d'alarme de l'organisme au début d'une infection ».

Ce ne sont pas seulement les accoucheurs français qui se sont rendu compte de l'importance de la température dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Fehling parle de « petits mouvements fébriles dont la cause n'est pas claire ». Heidemann constate les élévations faibles, mais irrégulières, que souvent des douleurs de tête accompagnent. Libow insiste sur les accès de frissons, survenant à intervalles réguliers, avec fièvre intermittente rappelant la fièvre palustre (*intermittens puerperarum*), et appuie son Mémoire sur la métrophlébite d'observations que nous avons citées dans notre travail et qui furent prises à la Clinique obstétrico-gynécologique de Saint-Pétersbourg.

Quelquefois des suites de couches absolument apyrétiques auraient été suivies de phlegmatias. Funck-Brentano a rapporté l'histoire d'une femme dont la température ne s'éleva pas une seule fois au-dessus de 37°,2, et qui, neuf jours après l'accouchement, présenta de l'œdème de la jambe gauche avec une ascension thermique. Boissard dit avoir observé trois faits « où la phlébite s'était montrée alors que, pendant les quinze ou dix-sept premiers jours, la température, prise matin et soir, n'avait atteint qu'une fois 37°,4 ; dans un autre, la température ne s'éleva ni dans le cours des suites de couches, ni pendant la production et l'évolution de la phlébite ». Les faits de ce genre, outre qu'ils sont exceptionnellement rares, ne sont peut-être pas à l'abri de toute critique. Aucune température anormale n'a été notée, c'est vrai ; mais il est permis de se demander si les malades ont été suivies avec toute la minutie désirable. C'est le cas de rappeler les paroles de Siredey que nous avons reproduites tout à l'heure. (Varnier a rapporté des cas semblables à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* en 1900.)

β. *La douleur*. — Dans toutes les observations de Libow, il est un phénomène qui paraît constant : c'est la *douleur sur les côtés de l'utérus*. Heidemann dit avoir observé dans la plupart des cas « de la sensibilité des deux côtés du bas-ventre à la pression, sensibilité qui, rarement, persiste d'une façon continuelle, mais le plus souvent disparaît pour

réapparaître avec une nouvelle poussée de thrombose ». Cela concorde bien avec ce que nous savons des douleurs accompagnant les phlébites des membres; et ceci a certainement une valeur diagnostique d'autant plus grande qu'à chaque poussée fébrile correspond une progression de la douleur vers le pli de l'aine, vers le ligament de Poupart. Ces souffrances ne sont pas seulement provoquées par la pression, mais la toux, la simple respiration un peu profonde et surtout la défécation les accentuent d'une façon très pénible. Cet endolorissement de la veine au niveau de l'arcade de Fallope serait, d'après l'auteur allemand, le signe le plus sûr de l'existence d'une thrombose dans les veines du petit bassin. Il existerait avant tout trouble circulatoire, dans les cas les plus légers d'inflammation de la fémorale, et s'expliquerait par la striction que le vaisseau, plus ou moins gonflé, subirait à son passage dans l'anneau crural. De même, chaque mouvement respiratoire, chaque accès de toux gênerait l'évacuation de la fémorale et ferait gonfler les veines de la jambe. Cette augmentation de volume exagérerait la pression entre le ligament et la branche pubienne, d'où production de douleurs au pli de l'aine. De même, les douleurs de la défécation s'expliqueraient par la pression des matières sur les plexus malades ou par l'envahissement inflammatoire des veines du rectum.

γ. *Le météorisme.* — Comme caractéristique de la métrophlébite, Heidemann donne encore le *météorisme*. Sa cause résiderait dans une atonie de la musculature intestinale, due à l'action dépressive des toxines sur les nerfs splanchniques; il aurait une influence des plus favorables sur la précipitation de la fibrine au niveau des endroits dénudés de l'endoveine et sur la formation des thromboses secondaires, grâce à la gêne qu'il apporterait dans le fonctionnement du cœur. Un exemple semble justifier cette manière de voir. Dans son service d'accouchements, « une primipare resta en traitement pendant sept semaines pour des abcès du sein. A trois reprises, pendant les 1re, 3e, 5e semaines, subitement, elle eut des signes certains de thrombose de la fémorale gauche et des douleurs typiques au niveau des vaisseaux, des œdèmes, des thromboses perceptibles. *A chaque poussée de phlébite survenait du météorisme* ».

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter sur quelques autres symptômes auxquels le même auteur accorde une certaine créance, les ayant rencontrés chez la plupart des malades; nous voulons parler d'*accès de céphalalgie*, « survenant souvent très tard après l'accouchement et

ne cessant qu'avec l'arrêt des symptômes inflammatoires », d'*agitation nocturne*, de *troubles gastriques*, signalés encore par Winckel et Drews, de *constipation*, de *dysurie* et d'*ischurie*. La plupart peuvent rentrer dans les « symptômes vagues », sur lesquels nous avons déjà attiré l'attention. Au même titre que la fièvre, ils sont des signes d'infection généralisée, mais leur importance pathognomonique est loin d'être comparable à celle de la température et de la douleur. Le météorisme lui-même ne peut avoir à nos yeux qu'une valeur relative. Il aide à la thrombose et par là même favorise le processus phlébitique; mais il ne devient un signe de certitude que s'il coexiste avec des points douloureux, par exemple, ou des poussées fébriles intermittentes.

δ. *Les symptômes thoraciques.* — Infiniment plus dignes d'être étudiés en détail, sont d'autres phénomènes que l'on voit fréquemment apparaître dans la phase prodromique de la phlegmatia alba dolens, et sur lesquels, depuis longtemps, Pinard, dans ses cliniques, attire l'attention. Ce sont : la *dyspnée*, les *points de côté* et les *phénomènes stéthoscopiques*.

Vaquez a signalé « ces accidents subits et mal expliqués du côté de la poitrine, qui précèdent une oblitération définitive de la veine crurale, la phlébite étant restée jusque-là méconnue ».

Pinard et Wallich disent « qu'il n'est pas rare de rencontrer de véritables *signes précurseurs*, survenant non plus quelques heures, mais quelques jours avant l'apparition de la phlegmatia, et siégeant, non pas au niveau du membre malade, mais au niveau du thorax ».

Teillet et Frenkel, dans deux thèses récentes, confirment la valeur diagnostique de ces accidents pleuro-pulmonaires « survenant brusquement dans les suites de couches » ; et Funck-Brentano insiste aussi, à la suite de Pinard, sur « l'importance qu'il y a à ne pas méconnaître ces points de côté et à bien savoir quelle est l'origine de ces complications ».

Boissard a donné une excellente description de ces phénomènes préphlébitiques. Nous y avons emprunté quelques-unes de nos pages les plus intéressantes, qu'on voudra bien nous excuser de ne pas reproduire ici, le lecteur pouvant les retrouver sans peine dans un de nos journaux médicaux les plus répandus (*Semaine médicale*, 1901, p. 185). Nous n'avons fait que la compléter par de nouvelles observations et par l'exposé fort juste de *cette idée de Siredey*, que si l'existence de la phlébite utérine peut être démontrée cliniquement par le point de côté, l'expectoration sanglante, etc., le diagnostic ferme de l'origine génitale ne peut

être établie que si, auparavant, il n'existait aucun signe de phlébite du côté des membres.

ε. *Le signe du pouls* (*Signe de Mahler des Allemands*). — Nous préférons nous arrêter plus longuement sur un symptôme dont la valeur est de premier ordre, puisque, de l'avis de Léopold, « il est souvent le seul signe précoce de thrombose, et que, grâce à lui, le médecin peut, dans les premiers moments, mettre en œuvre une prophylaxie sévère qui empêchera l'embolie ». Nous voulons parler du *signe du pouls*, que les Allemands appellent *le signe de Mahler*.

Il est d'importance capitale, en effet, pour le médecin, non seulement de pouvoir soupçonner avec un degré de certitude plus ou moins approché l'existence d'une thrombose péri-utérine, ce à quoi suffisent les symptômes précédemment décrits, mais de pouvoir se douter aussi du *volume*, de l'*étendue* de cette thrombose. Du reste la fièvre, la douleur, les points de côté peuvent manquer ou rester tellement anodins que l'accouchée ne les remarque pas et vit tranquille jusqu'au jour où, se croyant guérie, elle se lève, fait quelques pas et, tombant avec un cri, succombe en quelques minutes à l'asphyxie. C'est pour cette raison que les accoucheurs et les chirurgiens à qui il arrive aussi de perdre des opérées dans des conditions identiques, préoccupés de ces catastrophes si impressionnantes, se sont ingéniés à rechercher les éléments d'un diagnostic aussi précoce que possible des thromboses latentes en dehors des phénomènes inflammatoires habituels, éléments qu'ils ont cru trouver dans *un aspect particulier du graphique du pouls*. C'est là le point de départ des études de Mahler, commencées, il y a dix ans, à la Clinique gynécologique de Dresde, et poursuivies depuis, en Allemagne, on peut dire, avec le plus passionnant intérêt.

En dehors du monde chirurgical (G. Michel), il semble qu'on se soit peu, en France, soucié de ces importants travaux. D'après Siredey, « quand la lésion phlébitique reste limitée aux veines profondes, c'est-à-dire aux sinus utérins, aux plexus pampiniformes et même aux branches de l'hypogastrique, elle échapperait à peu près à l'observation clinique ». Funck-Brentano, Teillet ne font aucune mention d'anomalies dans les battements artériels ; et Ribemont-Dessaignes, dans la dernière édition de son *Précis d'obstétrique* (1904), dit simplement, de façon bien vague, « qu'il serait important de noter leur fréquence ». Wallich seul est un peu plus explicite, quand, résumant l'enseignement de son maître Pinard, il fait ressortir, en dehors des « élévations de température souvent

légères, la fréquence persistante du pouls, fréquence qui peut ne pas être excessive, mais n'en mérite pas moins d'être attentivement notée, car elle contraste souvent avec une température absolument normale »

En somme, nous ne connaissons en France aucun mémoire, aucun ouvrage où se trouvent exposées avec quelques détails les idées étrangères; c'est pourquoi on nous permettra de nous appesantir quelque peu sur ce côté éminemment pratique du sujet que nous avons à traiter.

Avant Mahler, Martin, Sperling, Winckel, Drews n'avaient pas apporté de notions bien précises pour résoudre le problème de la phlébite latente. La température, la circulation collatérale, les troubles digestifs, la douleur abdominale, ou encore un souffle systolique à la pointe du cœur, etc... constituaient la seule base, bien peu solide, sur laquelle il était possible d'étayer un diagnostic hésitant.

Mahler (1) rappela l'attention sur un phénomène déjà observé avant lui, mais mal étudié, sur *une ascension du pouls en échelons* (*Staffelformig*), qu'il appela *pouls grimpant* (*Kletterpuls*), et qui apparaîtrait quelques jours avant les autres symptômes de thrombose. D'après lui, cette ascension aurait sa cause dans l'augmentation des résistances opposées par les thrombus à la circulation, résistances que le cœur chercherait à vaincre en forçant le passage par les collatérales avoisinantes. Le cœur des accouchées, fréquemment ou régulièrement atteint de légère dégénérescence, ne pouvant fournir des contractions plus énergiques, surmonterait ce surcroît de travail par des contractions plus fréquentes. Le plus grand nombre des pulsations correspondrait donc au moment où l'obstacle est maximum ; et la courbe du pouls reprendrait son aspect normal à mesure que se dilateraient les branches collatérales. La plus grande résistance que le cœur puisse éprouver, existe quand l'osbtacle siège dans la petite circulation, quand les branches de l'artère pulmonaire sont obstruées. C'est pourquoi l'embolie pulmonaire produit toujours de l'affolement du cœur. Dans la thrombose des veines de la cuisse, la fréquence serait un peu moindre et deviendrait minima dans le cas de thrombose des veines du bassin où la circulation de retour, grâce aux riches plexus sous-péritonéaux, s'établirait le plus facilement.

Singer et Wyder confirmèrent ces idées de Mahler et admirent son interprétation. D'autres, comme Gessner et Breuer, tout en reconnais-

(1) Mahler, Thrombose, Lungenembolie und plötzlicher Tod. *Arbeiten der dresdener Frauenklinik*, 1895. Bd. II.

sant la valeur du signe dit de Mahler, l'attribuèrent à des causes différentes. Le premier y vit, ainsi que dans l'élévation de la température qui suit fréquemment, un effet de la résorption du fibrin-ferment ; l'autre pensa que cette turbulence du pouls (Unrihugkeit) était déjà un symptôme d'embolie, de fines particules du caillot à son début étant déjà parvenues dans le cœur droit. Heidemann l'attribua au météorisme préalable, qui gênerait le fonctionnement du cœur et favoriserait de la sorte la précipitation de la fibrine ainsi que nous l'avons déjà dit auparavant. Richter (1), enfin, dans un mémoire particulièrement remarquable, paru l'an dernier, admet que l'interprétation de Mahler est la plus rationnelle, mais fait la part des autres influences qui peuvent agir sur l'activité cardiaque, en particulier des causes émotives qui font varier si facilement le nombre des battements.

Le travail de Richter est le plus récent sur la question. D'après Léopold, il mérite d'être « hautement apprécié », c'est pourquoi nous en avons développé intégralement dans notre thèse les principaux chapitres, traduit les observations les plus intéressantes. Ici nous nous contenterons de donner de ces dernières un aperçu suffisant, pour bien fixer le problème de séméiologie obstétricale qu'elles ont pour but de résoudre. Nous y joindrons le tableau des courbes qui les complètent; il est des plus démonstratifs; car, selon l'heureuse expression de Richter, il « raconte l'histoire clinique » et constitue ainsi une preuve irréfutable de la valeur diagnostique du signe du pouls.

En premier lieu, il importe de définir exactement ce qu'il faut entendre par le *pouls* dit *de Mahler*. — Son nom de *pouls grimpant* (*Kletterpuls*) peint en quelque sorte sa nature. On sait depuis le mémoire de Blot (1864), dont Varnier a confirmé les conclusions, que, « chez les femmes en couches bien portantes, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué dont la durée varie de quelques heures à 10 ou 12 jours. Le nombre des battements tombe à un chiffre qui oscille le plus communément entre 44 et 60, et peut descendre jusqu'à 35 ». Or, dans certains cas, on voit le pouls, d'abord très bas, monter modérément de jour en jour, comme si le travail du cœur croissait en proportion de l'obstacle. Entre deux notations journalières consécutives, il n'y a souvent qu'une différence minime; dans d'autres cas, il y a 4, 8,

(1) RICHTER, Thrombose und Embolie in Wochenbett. *Archiv für Gynäk.* LXXIV, 1 1905.

12 battements de plus par minute. Ce seul caractère suffit à éliminer les anomalies passagères, dues à l'influence banale des toxines sur le système nerveux du cœur et que l'on rencontre au début de toute infection (Léopold).

L'examen du pouls seul ne suffit pas ; la température doit aussi être prise en même temps avec la plus scrupuleuse exactitude, « car *on ne peut poser un diagnostic certain qu'en comparant les deux courbes. Dans les tracés typiques de thrombose, le pouls doit s'élever quand la température reste normale.* Lorsqu'apparaissent l'œdème, les cordons thrombosiques ou les symptômes pulmonaires, en même temps que l'ascension du pouls atteint son acmé, il se fait une poussée de température ; mais elle disparait rapidement, tandis que le pouls reste encore élevé un ou deux jours. Bien entendu, il faut faire abstraction des poussées fébriles qui peuvent survenir sous d'autres influences endométrite, paramétrite, pelvi-péritonite) ». (Cramm.)

Pour faciliter cette comparaison, Richter a eu recours à un procédé de notation particulier. Au lieu de marquer, comme cela se fait habituellement, la température et le pouls du matin et du soir, il fit, pour l'une et pour l'autre, une moyenne de plusieurs prises journalières ; et ce chiffre unique, il l'inscrivit régulièrement sur un tableau dont chaque division correspondait à une différence de 0°,2 dans la température et de deux battements dans le nombre des pulsations. « De cette façon, dit-il, il lui était possible de reconnaître le pouls grimpant, même quand, sur des graphiques ordinaires, il aurait échappé aux yeux des observateurs les plus exercés. »

Un coup d'œil sur ses courbes permettra de juger. Voici tout d'abord le résultat de ses recherches :

Sur 16.000 accouchées de la Clinique de Dresde, il put réunir 20 *cas d'embolie et* 78 *cas de thrombose.*

Sur *ces* 20 *embolies* : 12 furent mortelles, soit 60 p. 100.
8 guérirent, soit 20 p. 100.

Sur les 78 *thromboses* : 66 purent être reconnues à des signes objectifs nets ;

12 ne purent être que soupçonnées par le signe de Mahler.

Quoi qu'il en soit, *dans ces* 98 *cas, le signe du pouls fut positif* 62 *fois, c'est-à-dire dans une proportion de* 63 *p.* 100. Dans les 33 autres cas (34 p. 100), il ne l'était pas, soit parce que l'ascension du pouls avait commencé avant l'entrée des malades à la clinique, soit parce qu'il était

caché par une fièvre persistante. Dans 2 cas seulement, il fut négatif. Dans un autre, la courbe fut perdue.

Il est impossible de ne pas être frappé de la valeur d'une telle statistique. De l'avis de Léopold, « celui qui prend la peine de l'étudier soigneusement ne peut nier : 1° que le pouls grimpant existe ; 2° qu'il constitue, sans aucun doute, un symptôme grave d'une importance telle qu'en présence du danger que peut causer sa négligence, ce dernier en exige la recherche méticuleuse dans le service sous ses ordres ».

Quelquefois, malgré une thrombose assez étendue, l'ascension du pouls ne se produit pas, ainsi que le prouve notre observation XIV, où, malgré une thrombose des deux ligaments larges, il n'y eut aucune anomalie du pouls ni de la température. C'est qu'ici, comme le dit Richter, « les riches anastomoses des veines du bassin ont pu fournir une circulation collatérale sans augmenter de façon appréciable le travail du cœur. C'est aux cas de ce genre qu'appartiennent toujours les faits d'embolies où le signe de Mahler peut rester caché, car ce signe ne se produit pas tant que les collatérales assurent au sang un déversement facile vers les gros troncs. *Il faut que les thromboses dépassent le territoire des anastomoses péri-utérines pour que l'obstacle au retour du sang conduise à une élévation du pouls*, car, jusque-là, le fonctionnement normal du cœur suffit à maintenir la circulation à travers les voies compensatrices. *Le début de la montée du pouls coïnciderait avec une thrombose déjà étendue ; et le signe de Mahler indiquerait non seulement l'existence, mais encore le volume de la thrombose latente.*

Tout à fait caractéristique, au contraire, est l'observation suivante, que nous nous permettons de reproduire en entier à titre d'exemple. Elle correspond à la courbe n° 1 de notre tableau.

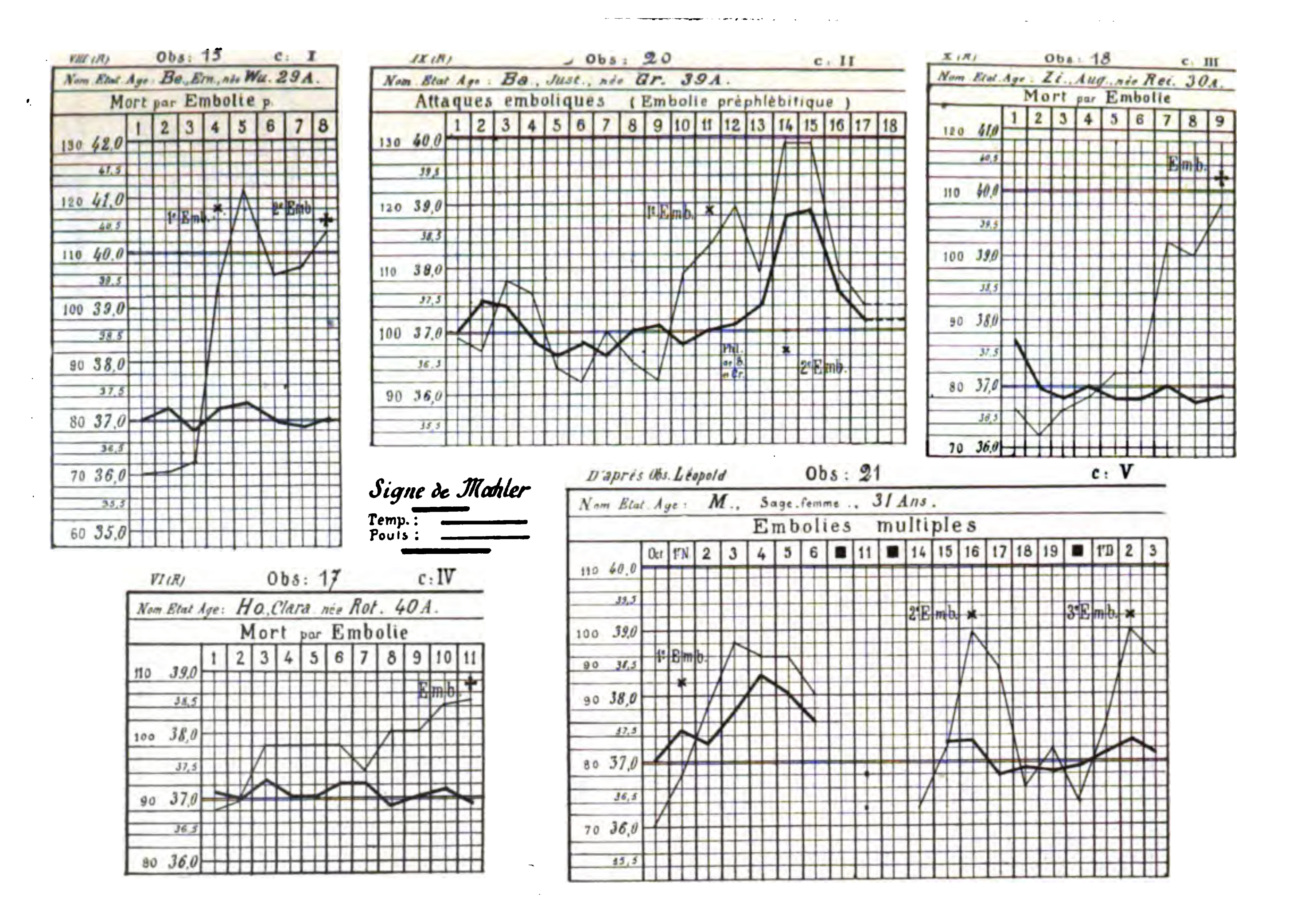
Obs. XV. — Bel..., Ernestine, née Wunderwald (1899), n° 904, 24 ans. Vpare. Version pour présentation de l'épaule et extraction. Cœur et poumons sains. Pas d'œdème.

Jusqu'au 4e *jour*, suites de couches tout à fait normales. Aucun œdème, aucun trouble. Le soir, attaque embolique avec montée du pouls jusqu'à 130. Aucun signe objectif n'est perceptible.

5e *jour*. — Il ne se produit rien d'anormal.

6e *jour*. — La femme se plaint de sensation de plénitude dans le ventre et demande un lavement, qui lui est refusé.

7e *jour*. — Pouls encore élevé. Le ventre n'est pas sensible à la pression. Sommeil tranquille. Bien-être.


VIII (R) Obs: 15 c: I
Nom Etat Age: Ba., Ern., née Wa. 29 A.
Mort par Embolie p.
1er Emb.
2e Emb.
IX (R) Obs: 20 c: II
Nom Etat Age: Ba., Just., née Gr. 39 A.
Attaques emboliques (Embolie préphlébitique)
1er Emb.
2e Emb.
X (R) Obs: 18 c: III
Nom Etat Age: Zi., Aug., née Rei. 30 A.
Mort par Embolie
Emb.
Signe de Mahler
Temp.:
Pouls:
VI (R) Obs: 17 c: IV
Nom Etat Age: Ho., Clara, née Rot. 40 A.
Mort par Embolie
Emb.
D'après Obs. Léopold Obs: 21 c: V
Nom Etat Age: M., Sage-femme.. 31 Ans.
Embolies multiples
1er Emb.
2e Emb.
3e Emb.

8e *jour.* — La malade reçoit un lavement, qui la soulage. A 3 heures de l'après-midi, elle se sent mal tout à coup, et meurt un quart d'heure après.

Autopsie. — Obstruction embolique de l'artère pulmonaire. Thrombose dans la veine cave inférieure et la veine iliaque droite. Infarctus dans le poumon droit. Embolies dans la veine rénale droite. Arrêt dans la circulation des poumons. Hypertrophie du ventricule droit. Dans le lobe supérieur et le lobe inférieur droit, il y a un infarctus hémorragique de la grosseur d'une noix. Dans les vaisseaux qui y accèdent, caillots fortement adhérents. La partie ventriculaire qui donne accès dans l'artère est obstruée par un bouchon de 6 centimètres de long, épais comme un doigt, qui écrase les valvules sigmoïdes. Dans les branches principales, jusque dans les branches de 3e ordre, bouchons de l'épaisseur d'un crayon, entremêlés, qui en remplissent complètement la lumière. Dans la veine cave inférieure et la veine rénale droite, bouchons lâchement adhérents. Dans le ligament tubo-ovarique droit, les veines sont obstruées par des thrombus frais, rouges.

Critique personnelle. — De Richter: « Dans ce cas, la courbe raconte pour ainsi dire tout ce qui s'est passé à l'intérieur de l'abdomen dans des proportions si considérables. Du 2e au 3e jour, le pouls monte de 4 pulsations en moyenne : un thrombus s'est formé, comme le démontre nettement l'autopsie, dans les veines du petit bassin.

« Au 4e jour, montée subite du pouls à 106 : infarctus emboliques: libération de petites parcelles de caillots, qui vont se loger dans les lobes supérieur et inférieur.

« Le niveau du pouls monte au 5e jour jusqu'à 122, et se maintient jusqu'à 100 aux 6e, 7e et 8e jours. Les thromboses croissent; l'obstacle à la circulation augmente ; c'est pour cette raison que le cœur s'efforce de les surmonter en doublant le nombre de ses battements.

« En dehors du signe du pouls, les plaintes de la femme au sujet de cette sensation de plénitude dans le ventre, dont nous avons parlé, attirent aussi l'attention sur quelque chose d'anormal dans les veines du bassin. Le lavement qui, au 8e jour, lui a été donné sur son pressant désir et sans penser au danger, occasionne, par suite des mouvements nécessaires pour aller à la garde-robe et de l'augmentation de la pression sanguine due à la contraction des muscles abdominaux, la libération de fragments des thrombus et la mort par embolie. »

A cette observation typique, nous en avons joint 6 *autres*, dont 4 avec courbes. Dans la 1re et la 4e, confirmées par l'autopsie, on trouve une thrombose de l'hypogastrique droite et de l'iliaque primitive; dans les 2e et 3e, l'autopsie ne put être faite, mais l'absence de tout phénomène

suspect du côté des membres fait penser à la probabilité d'une origine profonde de l'embolie. La 5e se rapporte à une embolie préphlébitique. La 6e, enfin, du plus grand intérêt, vient d'être publiée, il y a quelques mois seulement, par Léopold. Elle a trait à une série d'embolies bénignes, qui, à deux reprises, purent être prévues par le signe du pouls. Nous attirons particulièrement sur elle l'attention, car, si la première attaque embolique survint sans avoir été annoncée par un pouls anormal, la 2e et la 3e furent précédées, un ou deux jours auparavant, sans élévation de température correspondante, d'un pouls qui monta progressivement de 72 à 96. Après avoir lu et médité toutes ces observations, il est impossible de ne pas reconnaître qu'un pouls d'une fréquence inusitée dans les suites de couches, c'est-à-dire présentant, après une période de ralentissement physiologique plus ou moins longue, les caractères indiqués par Mahler, est un indice de thrombose sérieuse, puisque, d'après Richter, elle pointerait déjà dans les utérines et les utéro-ovariennes. Ces observations, d'autre part, justifient la conduite sur laquelle depuis longtemps Pinard insiste, qui lui fait interdire le lever à toute femme accouchée dont le pouls reste fréquent, en l'absence de température.

Tels sont les différents signes par lesquels s'extériorise la métrophlébite puerpérale. A la vérité, ni les uns ni les autres n'ont une valeur absolue; leur pathogénie est discutable, et quelque chose de fuyant dans leur interprétation laisse l'esprit de l'accoucheur dans l'incertitude du diagnostic. Mais il faut savoir se contenter de peu et s'estimer heureux encore que ces notions imprécises puissent éveiller le doute, profitable aux malades, en suggérant au médecin des mesures de prudence capables d'éloigner les complications possibles.

A l'étude symptomatologique de la phlébite utérine se rattache une question de *diagnostic différentiel*, qui mérite d'être envisagée d'un peu près, car elle dérive précisément de la coexistence que nous savons fréquente, sinon habituelle, de la phlébite et de la lymphangite génitales. Il est important, en effet, de connaître ce qui, à une période quelconque de son évolution, peut distinguer l'infection des lymphatiques de celle des veines. Nous ne pouvons, à regret, allonger encore un article déjà bien vaste, c'est pourquoi nous prions le lecteur de se reporter, pour ces renseignements complémentaires, à notre thèse, où, longuement, nous les avons développés. Nous en dirons autant du *traitement*. En ce qui concerne la prophylaxie, il touche aux problèmes

les plus élevés de l'ordre moral et social ; il nous a donné l'occasion d'exposer les méthodes chirurgicales nouvellement employées en Allemagne contre les thrombophlébites. Qu'il nous suffise d'avoir répondu à la question de Wallich, qui est le point de départ de notre étude et vise seulement l'anatomie pathologique et la symptomatologie. Tout incomplet que nous soyons, nous nous estimerons satisfait, si, en mettant au point un sujet si obscur, nous avons apporté quelques pierres, péniblement mais joyeusement recueillies, à l'édifice que nos maîtres élèvent chaque jour davantage pour le plus grand bien de la science et de l'humanité (1).

(1) A part le titre des travaux de G. Michel, de Mahler et Richter, nous n'avons pas cru indispensable de reproduire, à l'occasion de cet article, des indications bibliographiques que le lecteur, soucieux de contrôle, pourra retrouver dans notre thèse, s'il le désire.

CHORIO-ÉPITHÉLIOME

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — GUÉRISON

Par les docteurs **SAMUEL GACHE** et **MANUEL BEATTI** (de Buenos-Ayres).

On a constaté peu de cas de chorio-épithéliome à Buenos-Ayres.

Celui dont nous nous occupons aujourd'hui est le premier qui ait été diagnostiqué durant la vie et confirmé ensuite par l'examen des pièces anatomo-pathologiques résultant d'une hystérectomie totale. Quinze mois après cette intervention, l'opérée est encore vivante. En voici l'histoire clinique avec l'étude anatomo-pathologique :

Observation. — Catherine R. de P.., Uruguayenne, 26 ans, mariée, s'occupe des travaux de son ménage.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère vivent; le premier seulement souffre de rhumatisme, l'autre se porte bien; elle a dix frères qui jouissent tous d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Elle eut la rougeole à 6 ans, la menstruation apparut à 14; elle a toujours été très régulière, pas très abondante et sa durée a été de deux ou trois jours. Cette fonction lui occasionnait des douleurs avant son mariage. Mariée à 19 ans, elle eut son premier enfant 14 mois plus tard, dans d'excellentes conditions. Au bout de 2 ans et demi, elle eut une seconde grossesse heureuse avec un accouchement normal.

Les suites de couches se passèrent sans accident, et quelques jours plus tard la femme reprenait ses occupations habituelles. Dans les premiers mois de 1903 (elle ne se souvient pas exactement), elle devint enceinte pour la troisième fois. Tout marchait bien quand, au troisième mois, se produisit une métrorrhagie qui, au dire de la malade, était intermittente et se répéta presque journellement pendant 2 mois, au moindre mouvement. Cette hémorragie survenait le plus souvent pendant la nuit. Un médecin qu'elle consulta prescrivit des injections vaginales, etc.

Deux mois après cet accident, Catherine se trouvait complètement épuisée; les mouvements fœtaux qu'elle avait constatés dans les grossesses antérieures ne se manifestaient pas.

Durant ce temps elle ressentait de fortes douleurs au ventre et aux hanches, qu'elle comparait à celles de l'accouchement, et sur ce elle commença à expulser

par la vulve quelques morceaux composés de vésicules avec un liquide transparent, ayant la forme d'une grappe. Ces masses sortaient accompagnées d'une quantité de caillots et de sang liquide.

Ces antécédents firent penser à une môle hydatiforme. Le médecin qui la soignait ne pratiqua pas le nettoyage de la cavité utérine et se limita à des lavages. Les hémorragies continuèrent encore pendant 3 mois, malgré les lavages et les médicaments employés ; elles cessèrent ensuite.

Pendant une année la maladie sembla avoir complètement disparu. Après ce laps de temps, les règles revinrent en petite quantité ; elle persistèrent pendant 6 mois et disparurent de nouveau.

Vers le mois de juillet 1904, de nouvelles hémorragies se déclarèrent ; comme autrefois, elles n'étaient pas douloureuses et de préférence se produisaient pendant la nuit. La malade perdit l'appétit et maigrit rapidement.

Elle continua ainsi pendant environ 1 mois, et le médecin qui la soignait lui conseilla d'entrer à l'hôpital Ranson.

A son arrivée dans la salle XIV, 6 octobre 1904, on diagnostiqua une môle hydatiforme et on la traita en conséquence : repos, injections vaginales chaudes, hydrastis canadensis et tamponnements. Elle suivit ces prescriptions pendant vingt jours, et comme, malgré tout, les hémorragies persistaient, on envoya la malade à la Maternité de l'hôpital, le 26 octobre 1904. En dehors des antécédents, ce qui surtout attirait l'attention, c'était l'amaigrissement.

L'*examen* direct fournit les renseignements suivants : femme de taille élevée, bon développement osseux et musculaire : pannicule adipeux très rare, conjonctives et muqueuses très anémiées ; coloration jaune paille de la peau.

L'excavation des orbites était assez prononcée et les globes oculaires très enfoncés. On chercha des ganglions dans les aines et dans la région axillaire, le résultat fut négatif. La température restait normale, le pouls battait 120 fois par minute.

En regardant la cavité buccale, on constatait que les gencives saignaient, la langue n'offrait rien de particulier, pas plus que les organes thoraciques. Le ventre, normal à l'inspection, présentait d'anciennes vergetures. Au palper, l'utérus était augmenté de volume, douloureux et arrivait à la hauteur de l'ombilic. L'auscultation utérine ne donnait aucun signe.

L'inspection des organes génitaux ne révélait rien, sauf de la pigmentation. Au toucher, on ne constatait pas de chaleur vaginale ; le col utérin présentait son orifice dans le sens transversal et un peu entr'ouvert, mais le doigt ne recevait pas la sensation du col ramolli de la grossesse. Le spéculum confirmait ces observations.

Le toucher combiné avec le palper révélait un utérus augmenté de volume qui arrivait jusqu'au nombril ; les annexes étaient normales.

Étant donnés les antécédents décrits, on porta le diagnostic de chorio-épithéliome. Comme les hémorragies avaient cessé, nous décidâmes de temporiser. L'attente devait être de courte durée, et le 2 novembre se présentait un nouveau phénomène : le matin de ce jour, la malade eut de fortes douleurs abdominales

et lombaires et à 6 heures elle expulsa, au milieu d'une abondante hémorragie, des fragments qu'un examen pratiqué avec soin démontra être du tissu molaire (vésicules réunies par une trame en forme de grappes. L'expulsion dura 15 minutes et s'effectua par fragments, avec cette particularité que, tandis que les premiers offraient les caractères que nous avons décrits, les derniers accusaient l'absence à peu près complète de vésicules et se présentaieut comme des masses informes ramollies, sans caractère défini.

En présence de cet accouchement môlaire et de la continuation de l'hémorragie, on pratiqua, avec beaucoup de soin, un curettage utérin. Par cette intervention, on retira de l'utérus des fragments du tissu déjà décrit, qui furent conservés dans une solution de formol et remises au laboratoire, afin d'en faire le diagnostic microscopique. Nonobstant la présence de ces masses dans la cavité utérine et la facilité avec laquelle on les extrayait, il fut nécessaire de suspendre le curettage, à cause de la minceur du muscle utérin, qui paraissait réduit à un feuillet, permettant de palper la curette à travers la paroi abdominale, comme si elle se trouvait immédiatement au-dessous de la peau. Ensuite, on procéda à un lavage intra-utérin chaud, et on tamponna avec de la gaze la cavité utérine ainsi que le vagin.

Le même jour, les fragments provenant du raclage furent envoyés au docteur Beatti, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Asile national des aliénées.

Notre collègue nous remit, le 20 novembre, la confirmation du diagnostic clinique établi à la Maternité. En même temps, il nous invita à examiner les préparations qu'il avait montées et qui permettaient d'affirmer le diagnostic de chorio-épithéliome.

Pendant deux jours, une élévation de température se produisit chez la malade. L'*opération* étant décidée, nous pratiquâmes l'hystérectomie abdominale, le 24 novembre 1904, avec l'aide des docteurs G. Errea et C. Sobrecasas, adjoints à la Maternité. L'utérus était globuleux, son volume très agrandi, et on constatait la facilité avec laquelle il se déchirait; pris entre les doigts, il laissait l'impression d'une bourse remplie de mie de pain; on sutura le vagin pour le rendre indépendant de la cavité péritonéale; pour la paroi abdominale, on fit trois plans de suture. Il y eut une hémorragie abondante.

Les autres organes étaient normaux.

L'utérus extirpé fut envoyé au docteur M. Beatti.

Durant les six premiers jours qui suivirent l'intervention, la température s'éleva et le pouls fut très fréquent; l'état général restait toutefois satisfaisant et la femme tranquille. Le septième jour, c'est-à-dire le 1er décembre, la température s'éleva brusquement à 40°,6 et le pouls monta à 150 par minute; la malade se montra inquiète et se plaignit d'une forte douleur au ventre qui l'empêchait de respirer.

On retira le bandage et on explora la blessure, assez rouge sur les bords. Entr'ouvrant la partie supérieure de la plaie avec une pince, on vit s'écouler un peu de pus; trois points de suture furent retirés, et par cet espace s'échappa

de la sérosité purulente, à odeur fétide, provenant de la cavité abdominale.

Le drainage permanent fut institué et la malade, dès lors, ressentit un grand soulagement.

Le surlendemain, la température redevint normale, et les pansements qu'on pratiquait laissaient toujours voir un peu de pus.

La malade se rétablit promptement, mais, le dixième jour, il se présenta une nouvelle élévation de température avec accélération du pouls. Soupçonnant des phénomènes intestinaux, on prescrivit un lavement et, quelques heures après, l'état redevenait normal.

A partir de ce jour, la santé se rétablit et l'état général de la malade s'améliora rapidement; on la garda à la Maternité pendant un certain temps, on la soumit à un régime tonique; et elle reprit rapidement de l'embonpoint.

Le 27 mars 1905, elle revint à la Maternité sur notre demande, et nous constatons une santé excellente; elle avait augmenté de 9 kilogrammes.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique. — Le produit du raclage, conservé dans du formol, se présentait sous la forme de petits morceaux irréguliers, d'une coloration chocolat, se désagrégeant avec tant de facilité que le liquide fixateur en était troublé. Les masses les plus grandes présentaient à leur surface des dépressions nombreuses, mais peu accentuées. L'une d'elles contenait des vésicules blanchâtres, rondes, de volume variable, réunies en forme de grappe. Les plus grandes n'avaient pas la grosseur d'une lentille et présentaient une partie plus mince remplissant le rôle de pédicule.

Les coupes histologiques de ces masses étaient constituées en partie par de grands lambeaux de cellules plus ou moins irrégulièrement polygonales, très volumineuses, formées d'un protoplasma clair et pourvues d'un noyau également de grande dimension, central, rond, avec un réseau chromatique fin, qui, dans certaines cellules, se condensait en granules. Quelques-unes avaient perdu leur noyau ou ne laissaient distinguer qu'avec peine son contour; d'autres en présentaient deux, avec un nucléole central. On y voyait des cellules disséminées de différent aspect : les unes abondantes, à noyau polymorphe, plus ou moins teinté; d'autres, en moindre quantité, mononucléées de même grandeur, avec une zone épaisse de protoplasma; d'autres, enfin, de la variété lymphocytaire, des nombreuses hématies et des zones de fibrine et de pus.

L'étude des autres vésicules était également intéressante. Leur stroma se trouvait constitué par des cellules étoilées, uniformément réparties avec une abondante substance inter-cellulaire claire, sans qu'il fût possible de rencontrer, dans les différentes coupes que nous examinâmes, la présence de capillaires. Comme revêtement immédiat, elles avaient, en général, une double rangée presque continue de cellules cubiques, avec un protoplasma clair et un noyau rond fortement et uniformément coloré (couche de Langhans). Détachées presque dans leur totalité, on constatait quelques rares masses protoplasmatiques irrégulières, d'un volume inégal, franchement acidophiles (éosine), pourvues de nombreux noyaux, réunis dans le centre, en général

petits, ronds, ovales ou allongés, très avides d'hématoxyline. Dans l'intérieur de ces masses rosées se trouvaient inclus des globules rouges formant des îlots; et, de même que dans les coupes premièrement étudiées, on observait en abondance des polymorphonucléés, des hématies, des lymphocytes, etc.

Dans le premier cas, nous établissions le diagnostic de prolifération de la couche de Langhans, et, si nous ne la généralisions pas au syncitium, c'était parce que l'impression que nous avions éprouvée était que nous nous trouvions en présence de cellules produites par la première couche, la plus profonde de la villosité. Dans le second cas, il s'agissait d'une vésicule hydatiforme.

Notre avis est qu'il s'agit d'un chorio-épithéliome modifié par un processus distinct : l'infection.

Plus tard, nous reçûmes l'utérus extirpé sans les annexes et également conservé dans du formol.

L'organe avait une coloration blanc jaunâtre, de 7 centimètres de largeur sur 9 et demi de hauteur. Sectionné par le milieu, les lèvres se présentaient sous un aspect blanchâtre avec des points rouges dans leur épaisseur. La muqueuse était irrégulière, d'une couleur marron plus prononcée dans certaines parties que dans d'autres, nous attirant spécialement l'attention vers un petit corps légèrement jaune, mou, mobile, et implanté dans une dépression. Séparant cette dernière région avec un morceau de la paroi utérine et examinant les coupes, nous vîmes que le corps en question n'était autre chose qu'une vésicule hydatiforme avec les caractères que nous avons cités plus haut; mais, ainsi que nous l'établirons plus loin, elle présentait un nouvel élément et offrait une modification dans son revêtement épithélial.

En effet (fig. 1) elle était entourée uniformément par une zone continue et compacte de cellules dont on voyait surgir également des prolongations formées par des masses en forme de rubans ou presque rondes selon le plan de la coupe, ou bien d'un plus gros volume irrégulièrement polygonales. Les premières, basales, c'est-à-dire en contact immédiat avec la villosité, étaient cubiques, petites, avec un noyau central rond ou légèrement ovale, uniformément et fortement teinté de violet. Mais à mesure que nous nous éloignions, le volume était plus grand, et si le protoplasma se montrait clair, le noyau offrait des modifications importantes, tant sous le rapport de son volume qui suivait celui de la cellule que sous celui de sa structure qui cessait d'être uniforme pour se transformer en un réticulum avec des nucléoles plus ou moins bien définis; plus avant, nombreuses étaient les cellules pâles à deux ou plusieurs noyaux, avec nucléoles; plus loin dominaient les altérations dégénératives, sous forme de grandes vacuoles qui repoussaient le noyau.

Dans l'intérieur de la villosité, immédiatement au-dessous de la couche de Langhans, on voyait quelques cellules avec des caractères analogues à ceux que nous avons décrits dans la couche profonde.

La seconde couche de la villosité, le syncitium, se voyait représenté, ainsi que nous le disions plus haut, par des masses protoplasmatiques multinucléées,

vacuolées, irrégulières sur certains points, soit simulant des bourgeons, soit en forme de massue et apparaissant comme se dirigeant vers le muscle utérin emprisonné par la masse proliférante des cellules citées plus haut. Les noyaux conservaient leur polymorphisme et une grande affinité pour la coloration. Ainsi qu'on peut le voir dans la figure 1, il y a eu une hémorragie, phénomène commun dans cette classe de processus, imputable à l'action destructrice des cellules en question sur la paroi des vaisseaux.

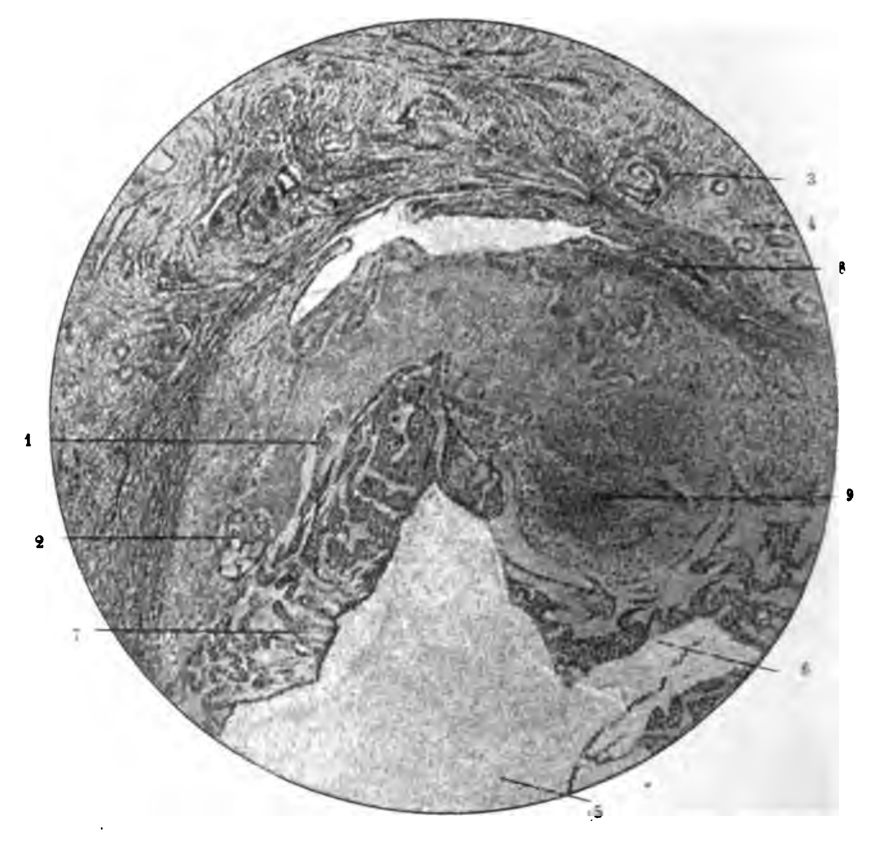


FIG. 1.

1, syncitium en prolifération ; — 2, syncitium en dégénération ; — 3, paroi utérine ; — 4, tissu en dégénération hyaline ; — 5, villosité ; — 6, couche de Langhans proliférante ; — 7, syncitium ; — 8, cellules envahissantes ; — 9, hémorragie.

Dans la figure 1, qui a pour but de faire ressortir la topographie de la lésion, nous voyons que quelques cellules se sont déjà rendues indépendantes et que dans leur marche progressive elles pénétrèrent en plein muscle en dissociant et altérant les fibres.

L'examen de la paroi utérine en contact avec la tumeur nous montrait que l'épithélium avait déjà disparu ainsi que ses glandes et chorion et que dans le tissu on voyait principalement des polymorphonucléés, lymphocytes et hématies extravasés. Sur ces points la cellule envahissante n'avait pas changé d'aspect :

elle conservait son protoplasma pâle, vacuolé ou non, avec son noyau en repos ou division. Elle était égale en tout à celle que nous avons décrite antérieurement, mais sa forme se modifiait pour se présenter fusiforme, modalité qu'elle adoptait par suite de la pression du tissu et qui en même temps lui facilitait peut-être sa progression.

Dans la figure 2 on voit avec plus de détails une coupe dans laquelle les cellules, après avoir traversé la paroi utérine, étaient arrivées à une veine et

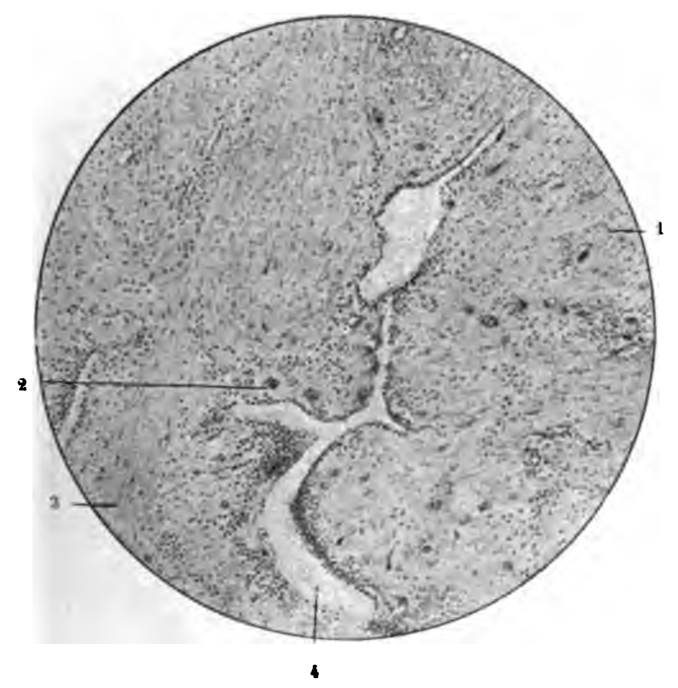


FIG. 2.

1, paroi utérine infiltrée par cellules envahissantes. Le tissu normal est représenté par des restes de fibres musculaires et de tissu conjonctif en dégénération hyaline parsemés de lymphocytes ; — 2, cellules spécifiques qui forment la paroi du vaisseau, lequel montre une abondante diapédèse lymphocytaire ; — 3, muscle normal ; — 4, veine.

s'étaient substituées en partie à sa paroi, après avoir produit des lésions profondes.

En effet, le tissu propre de l'utérus avait souffert en grande partie en dégénération hyaline et on observait autour des vaisseaux une diapédèse de lymphocytes très marquée et, au niveau du col, des pseudo-cellules géantes syncitiales dues à des changements régressifs du muscle.

Indépendamment des cellules situées dans le tissu propre de l'utérus, on constatait aussi de grandes zones rondes, — visibles à l'œil nu, d'une couleur rosée ou rouge foncé — situées dans les veines et constituées par un tissu fortement acidophile (éosine), avec des vacuoles dans le centre desquelles on ne reconnaissait pas de noyau, mais qui à leur périphérie en laissaient voir de

nombreux, polymorphes, en général petits, ayant une teinte régulièrement intense.

Dans quelques-unes de ces masses, ils avaient des dimensions plus grandes, présentant un réseau de linine avec des condensations noueuses, irrégulières. Enfin, dans d'autres, les éléments étaient les mêmes que ceux que nous avons assignés aux composants profonds de la villosité représentée dans la figure 1.



Fig. 3.

1, cellules à protoplasme éosinophile; — 2, syncitium; — 3, couche de Langhans proliférante — 4, cellules claires; — 5, villosité.

La figure 3, qui montre une portion de la première avec un plus fort grossissement, laisse voir une particularité qui a attiré notre attention et sur laquelle nous devons insister brièvement.

En effet, dans le sommet de cette vésicule hydatiforme, les couches de cellules qui la recouvrent paraissent serrées et, dans le nombre, certaines ont une forme allongée avec des noyaux très teints; mais au lieu d'être sphériques

ou situées parallèlement à sa surface, elles sont plutôt ovales et implantées perpendiculairement dans la direction du muscle utérin. Elles sont pourvues de peu de protoplasma, se colorant par l'éosine et paraissent reposer directement sur le tissu myxomateux de la villosité. Dans ce moment nous avions l'impression que là se formait une cellule qui ensuite, par la multiplication de ses noyaux sans division protoplasmatique, pourrait donner naissance à une masse syncitiale, d'abord sous forme de ruban et finalement en une masse majeure, irrégulière, formes sous lesquelles se présente la seconde couche de la villosité.

Bien plus, nous croyons que ce sont les masses syncitiales qui présentent la plus grande énergie de prolifération et que ce sont elles qui constamment pénètrent dans le muscle utérin, donnant naissance par leur divison ultérieure à des cellules libres, émigrantes, présentant dès lors des caractères si analogues à celles de la couche de Langhans en prolifération qu'il est impossible de les séparer.

Comme nous le voyons par cette description, le premier diagnostic a été pleinement confirmé.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE GREFFE OVARIQUE HÉTÉROPLASTIQUE, SUIVIE DE GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE D'UN ENFANT VIVANT

Par **ROBERT-T. MORRIS.**

A deux reprises, nous avons analysé un certain nombre des plus importants travaux parus sur cette question, au moins intéressante, des greffes ovariques (1), et dans la deuxième revue générale nous avions précisément résumé déjà les premières recherches et expériences de R.-T. Morris. Cette revue finissait de la façon suivante : « De ces expériences diverses, il ressort qu'on peut transplanter les ovaires en des points plus ou moins éloignés de leur siège normal. Que pour ces transplantations on peut se servir soit des ovaires appartenant au sujet lui-même, soit d'ovaires provenant d'autres sujets. Que les ovaires ainsi transplantés peuvent vivre et fonctionner, c'est-à-dire former des œufs et les mener à maturité. *Que la ponte ovulaire, la fécondation et la grossesse évoluant même jusqu'à terme sont possibles.* Ces expériences font en outre concevoir les tentatives thérapeutiques que justifient les succès des greffes ovariques, entourées de toutes les précautions de technique et d'asepsie nécessaires, dans les cas où les accidents pourront être nettement rapportés au défaut ou à l'insuffisance des ovaires. »

Or, l'observation actuelle publiée par R. Morris, en supposant, ce qui paraît très vraisemblable, qu'aucune condition restée ignorée (par exemple, persistance *in situ*, en dépit de toutes les précautions prises, d'une certaine quantité de tissu ovarique appartenant au sujet lui-même et ayant pu faire croire à un fonctionnement du tissu greffé) n'a pu fausser l'interprétation et l'importance des phénomènes successivement observés (retour de la menstruation, grossesse, accouchement à terme),

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1897, p. 226 ; août 1898, p. 123.

cette observation viendrait confirmer d'une manière remarquable les affirmations essentielles contenues dans les conclusions précédentes.

Voici le fait :

Obs. — 21 ans, entrée au *Post-graduate Hospital* le 1er février 1902. Premières règles à 15 ans. Pendant le peu de temps où elle se fit, menstruation assez régulière. Mariée à 18 ans ; peu après, grossesse terminée par une fausse-couche à 3 mois. *A 19 ans, cessation de la menstruation !* Durant les deux années avant l'hospitalisation, symptômes ordinaires de la ménopause : céphalée, douleurs pelviennes, sensations subites de froid et de chaud, malaises plus accentués aux dates où la menstruation aurait dû se faire. R. Morris demanda à la malade de rester à l'hôpital, espérant obtenir d'autres malades des éléments de bonnes greffes ovariques destinées à remplacer ses ovaires défectueux qui devaient être enlevés. Or, le 11 février 1902, il fut prélevé sur des ovaires sains, congestionnés seulement, enlevés à une femme atteinte de prolapsus utérin, des fragments cunéiformes qui furent immédiatement placés dans la solution salée physiologique, isotonique par rapport au sang humain, et à la température de 100° Fareinheit (37°,77 C.) jusqu'au moment où on put les greffer. Quant aux ovaires de la malade, ils furent extirpés à l'aide de l'angiotribe de Tuffier, toutes précautions étant prises pour réaliser une extirpation aussi rigoureuse que possible.

La castration bilatérale faite, on greffa sur le péritoine de chaque ligament large, dans une incision pratiquée parallèlement à la trompe et en arrière, un fragment d'ovaire long à peu près d'un demi-centimètre et large d'un quart. La greffe fut fixée *in situ* par une suture unique au catgut, la surface sectionnée de la greffe correspondant à la surface sectionnée du péritoine, pour permettre la nutrition par les vaisseaux lymphatiques, en attendant une néoformation de capillaires.

Au cours de l'opération on nota qu'*utérus et trompes étaient d'apparence normale*. Quant aux *ovaires* enlevés, leur examen histologique montra : *qu'ils étaient atteints de cirrhose, qu'ils étaient distendus par nombre de petits kystes, qu'ils ne renfermaient aucune vésicule de Graaf*.

Une lettre du 1er juillet 1902 notait qu'environ pendant un mois après sa sortie de l'hôpital, l'opérée s'était sentie bien, à part la persistance des vapeurs chaudes et froides. Le 18 juin 1902, 4 mois après l'opération de la greffe, une autre lettre annonçait qu'elle venait d'être menstruée, la menstruation ayant duré 5 jours (1). Après cette menstruation de juin, aménorrhée jusqu'au 16 novembre de la même année, où il y eut écoulement sanguin un jour. Le 15 décembre suivant, éruption menstruelle qui dura 4 jours, et, à partir de ce moment, menstruation régulière, 4 à 5 jours d'écoulement à chaque période. *La femme était très bien portante et heureuse*. Enfin, le 15 mars 1906, elle

(1) L'auteur note qu'en moyenne les femmes qui ont subi des greffes sont menstruées de 2 à 5 mois après l'intervention.

accouchait, à terme, d'une fille pesant 7 livres et demi, et, de plus, elle eut beaucoup de lait.

Entre autres réflexions sur ce cas surprenant, surprenant parce que les expériences montrent que si les greffes *homoplastiques* réussissent avec régularité, au contraire les greffes *hétéroplastiques* ont contre elles ce fait qu'assez souvent les tissus de l'animal porte-greffe manifestent une réelle intolérance contre les tissus provenant d'un autre animal, l'auteur écrit : « Ce fait positif de greffe hétéroplastique permet de nouveau d'espérer qu'il sera possible de rendre fertiles un certain nombre de femmes amenées à la ménopause par la maladie, l'intervention chirurgicale, ou même par l'effet naturel du temps. D'autre part, il serait intéressant de noter dans ce cas à qui ressemble l'enfant. Car, d'après Hœckel, les caractères héréditaires seraient effets de la mémoire cellulaire, et la mémoire cellulaire d'un ovaire greffé ne saurait être changée par influence de son nouvel hôte. »

R. Labusquière.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Revue des communications de 1905 relatives à la gynécologie et à l'obstétrique.

JANVIER

René Marie. — **Chorio-épithéliome du vagin** (Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1905, p. 705).

Rieffel et Ricou. — **Fibrome utérin calcifié chez une femme de 60 ans. — Rétention d'urine. — Obstruction intestinale. — Paraplégie. — Eschare sacrée. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Mort au 10e jour.** — Mme R..., 60 ans, sans profession. Plusieurs attaques de rhumatismes. A eu un enfant il y a 40 ans. Ménopause il y a 12 ans.

Depuis un an. la malade perd du sang d'une manière peu abondante, mais continue. Pertes blanches. Douleurs lombaires irradiant vers les cuisses et le sacrum. Augmentation du volume du ventre. Il y a 15 jours, paraplégie brusque, saus perte de connaissance. Vers la même époque, début des accidents d'obstruction qui l'amènent à l'hôpital.

Examen : Malade très affaiblie et souffrant beaucoup du ventre. Membres inférieurs parésiés, presque inertes, sensibles cependant. Diarrhée profuse qui a succédé à une crise d'obstruction traitée par des purgatifs répétés. Rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme régulier, assez facile d'ailleurs. Température, 38°. Pouls assez faible mais peut fréquent : 90. Eschare sacrée datant de quelques jours déjà. Pertes blanches abondantes et fétides.

Le toucher montre le petit bassin comblé par une masse bosselée, extrêmement dure, surtout accessible par le cul-de-sac antérieur. Cette masse est immobile et comme engagée à fond dans l'excavation. Rien au col utérin. Le palper hypogastrique fait sentir l'augmentation du volume utérin et reconnaître que la masse précitée fait absolument corps avec l'utérus. Traitement expectatif. Glace sur le ventre. Repos. Les jours suivants, amélioration légère. Moins de douleurs. Diminution de la diarrhée.

Opération le 22 septembre 1904. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Petit bassin comblé par une tumeur d'une dureté pierreuse, mais que la main introduite dans l'abdomen peut facilement désenclaver et amener presque hors du ventre. Cette tumeur est implantée sur le fond de l'utérus par un mince pédicule (grosseur du doigt). Ce pédicule est excisé et l'hystérectomie

subtotale est pratiquée. Gros drain et mèche de gaze dans le Douglas. Paroi refermée par trois plans. Sérum, 500 grammes.

La malade alla mieux quelques jours. La miction put se faire le jour même sans cathétérisme. L'impotence des membres inférieurs s'améliora aussi d'une façon sensible. Le drain fut enlevé le 4e jour et les phénomènes abdominaux étaient au mieux quand l'eschare sacrée se mit à creuser, la température à s'élever.

Mort le 2 octobre dans la nuit, 10 jours après l'opération.

L'autopsie montre un gros fibrome (un poing et demi) calcifié, relié au fond de l'utérus par un pédicule. L'utérus est ratatiné, contient encore trois autres petites noisettes fibromateuses calcifiées dans l'épaisseur de ses parois. Un peu au-dessous de la corne utérine droite est implanté un petit polype muqueux.

Le Filliatre. — **Fibromyome de l'utérus avec troubles vésicaux. — Hystérectomie subtotale.** — Mlle D. F..., 43 ans, vierge ; une sœur opérée par le docteur Doyen pour un fibrome, une deuxième sœur bien portante, mais atteinte aussi de fibrome utérin.

Réglée à 15 ans ; depuis l'âge de 20 ans, règles douloureuses suivies d'écoulements leucorrhéiques pendant dix jours environ. Depuis l'âge de 42 ans, règles plus abondantes, durant 8 à 9 jours. Depuis 2 ans environ, sensation de pesanteur au niveau de la vessie, plus marquée au moment des règles, et depuis 18 mois mictions douloureuses ; souvent même l'urine s'écoule péniblement goutte à goutte. La malade ne peut uriner qu'en se plaçant dans la station assise. Il y a 2 mois, le 11 octobre 1904, aucune miction pendant 24 heures. J'examine la malade le 18 novembre 1904. État général satisfaisant, le sujet est gras.

Le col utérin, normal, est situé en arrière de la symphyse ; par le palper abdominal et vaginal on sent, au travers d'une paroi abdominale épaisse, un corps utérin gros, du volume d'une tête d'enfant, très irrégulier et dont le fond semble bomber dans le cul-de-sac de Douglas. Sur la face antérieure du corps, au-dessus du col, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf, qui se détache nettement de la face antérieure de l'utérus et qui semble comprimer la région du col de la vessie. L'utérus est mobile, on ne sent rien aux annexes.

Le 6 décembre, laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine incisé, on voit un utérus gros, fibromateux, très irrégulier et mobile ; pas d'adhérences à la vessie, les annexes sont normales. Hystérectomie supra-vaginale : suture de la tranche utérine. Réfection du plancher péritonéal. Drainage du petit bassin.

Suites opératoires simples Le drain est enlevé au 5e jour. La température rectale ne dépasse pas 37°, le pouls 84 ; respiration toujours normale.

Le 29 décembre, la malade sort guérie. Cicatrice abdominale solide. Plus de douleur ni de difficulté dans la miction.

M. Rollin. — **Épithélioma primitif des deux trompes de Fallope** (Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1905, p. 466).

Ricou. — **Masse fibromateuse utérine sphacélée enlevée secondairement par morcellement vaginal chez une femme ayant subi une laparotomie exploratrice pour fibrome utérin.** — Mme D..., 31 ans, entre à l'hôpital Cochin le 12 septembre 1904, pour des douleurs abdominales et des métrorrhagies.

Deux grossesses normales avec accouchements sans complications. Le dernier accouchement remonte à 3 ans. Règles d'abord régulières jusqu'à la dernière couche. Depuis, pertes de sang assez abondantes et sans aucune régularité dans l'intervalle des époques. Pertes blanches alternant avec les métrorrhagies et datant aussi de la dernière couche. Douleurs lombaires remontant à la même époque, irradiées aux cuisses, survenant surtout au moment des règles et prenant alors le caractère des coliques utérines. La malade ne peut guère préciser la date de ses dernières règles, étant, dit-elle, « toujours dans le sang ».

Examen : Augmentation du volume du ventre, surtout à la région hypogastrique. La palpation décèle une tumeur médiane, arrondie, assez dure, sus et rétropubienne, donnant la sensation du corps utérin augmenté de volume. La tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle est mate dans toute son étendue et la percussion en délimite nettement le contour arrondi.

Au toucher vaginal, col un peu gros, de consistance et de situation normales, mais entr'ouvert au point d'admettre facilement la pulpe de l'index.

Combiné à la palpation hypogastrique, le toucher montre des culs-de-sac souples avec des pulsations artérielles assez fortes de chaque côté, et fait reconnaître que la tumeur constatée est bien le corps utérin augmenté de volume. L'hystérométrie ne donne aucune indication : le cathéter bute contre une aspérité de la paroi utérine.

État d'anémie assez accentué, mais rien de particulier aux autres organes.

Opération le 28 septembre 1904. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive sur la tumeur. Elle est constituée par le corps utérin uniformément augmenté de volume et remontant jusqu'aux environs de l'ombilic. La consistance de cette tumeur est toute différente de celle constatée à travers la paroi intacte; elle est molle, presque fluctuante.

Les annexes sont saines des deux côtés, avec des pédicules utéro-ovariens très turgescents. Un doute nous vient à l'esprit. Nous rapprochons ces constatations de certaines réponses évasives de la malade. Nous pensons à un cas récent où l'hystérectomie avait été pratiquée sur un utérus gravide offrant presque le même aspect objectif et le même ensemble symptomatique. C'en est assez pour nous donner le droit de refermer le ventre sans intervention. Pas de drainage. Paroi en trois plans.

Suites opératoires excellentes. Aucune réaction utérine. Quelques oscillations de température entre le 4e et le 8e jour. Réunion par première intention.

Nous examinons la malade d'une manière plus approfondie et nous lui trouvons une ligne blanche un peu pigmentée, un chloasma du visage qui pourrait bien être un masque de grossesse, un col qui nous semble un peu plus mou qu'il ne conviendrait. Bref, nous pensons de plus en plus à une grossesse, malgré les dénégations de la malade, qui sort guérie le 20 octodre 1904.

Elle revient, sur notre demande, tous les 10 ou 12 jours à la consultation. Chaque fois le diagnostic de grossesse prend un caractère plus accentué de probabilité. La tumeur augmente un peu ; la malade, enfin persuadée, prétend qu'elle « sent remuer ». Notre maître M. Richelot pense avec nous à une grossesse d'évolution un peu bizarre. Nous n'avons cependant jamais entendu les bruits du cœur fœtal ni perçu de ballottement net. La malade perd de temps en temps encore un peu de sang. Nous la perdons de vue pendant quelques semaines.

Rentrée dans le service le 14 décembre 1904. Depuis 15 jours elle est au lit chez elle avec de la fièvre et des métrorrhagies très abondantes. Elle croit à une fausse couche. Nous cherchons en vain à savoir si elle l'a provoquée.

Examen : Facies très fatigué et d'une pâleur de cire. Amaigrissement considérable. La tumeur hypogastrique existe encore et son volume semble être resté stationnaire. Le toucher nous conduit sur une masse assez molle et assez friable qui remplit le vagin presque en totalité. Fétidité extraordinaire. Température 39°,8. Pouls, 125. Nous pensons à un avortement peut-être provoqué avec rétention placentaire et nous nous mettons en devoir d'enlever ce que nous croyons être le placenta putréfié.

La femme est mise en travers du lit. Tentatives d'extraction sans anesthésie infructueuses. La masse vaginale se déchire sous les pinces à traction et adhère fortement dans la profondeur.

La malade est alors transportée à la salle d'opération et endormie au chloroforme. La tumeur résistant aux efforts de traction, nous la morcelons sur place à l'aide de ciseaux. Mais au fur et à mesure que s'opère ce morcellement nous arrivons sur du tissu de plus en plus solide, sur du tissu offrant l'aspect de la consistance caractéristique du fibrome utérin. Plus de doute, nous avons affaire à une masse fibromateuse utérine sphacélée, de laquelle nous pouvons énucléer de petits fibromes de volume moindre. Nous arrivons peu à peu sur le col utérin dilaté comme une paume de main et étreignant la masse fibromateuse qui s'en échappe. Le morcellement est continué, grâce à cette dilatation, jusqu'au voisinage du fond où la tumeur semble implantée. Aucune hémorragie notable du fait du morcellement. La muqueuse vaginale, au contraire, exulcérée, érodée par le contact prolongé de la tumeur, saigne en nappe. Lavage soigneux de la cavité utérine. Cautérisation à la teinture d'iode. Tamponnement peu serré à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin. Sérum, 1 litre. Caféine.

Suites opératoires. — La température tombe le soir de l'intervention à 37°,8 ; pouls, 110. La malade se sent mieux. Le lendemain, cependant, la température

remonte à 38°,8. Pansement renouvelé (lavage et tamponnement). Les jours suivants, la température se maintient assez élevée, la malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 19 décembre 1904. L'autopsie n'a pu être faite.

René Gaultier. — **Cancer latent du rein chez une femme enceinte, avec lésions congestives et hémorragiques dans le rein et la capsule surrénale du fœtus.** — Couturière de 35 ans, enceinte de 7 mois, entrée fin septembre pour des accès d'oppression et des quintes de toux, accompagnées parfois d'expectorations sanglantes. Ces symptômes ont débuté il y a deux ou trois mois; d'abord peu marquée, la dyspnée a été chaque jour augmentant, revêtant depuis quelque temps un caractère paroxystique, simulant l'accès d'asthme. Par crises également, cette malade présenta des quintes de toux rappelant celles de la coqueluche. Elle expectorait avec des crachats spumeux, aérés, de temps en temps, soit des filets de sang qui les striaient, soit des masses hématiques gélatineuses brunâtres, véritables crachats hémoptoïques.

Elle n'a cessé de travailler que quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Elle a eu deux grossesses antérieures qui n'ont rien eu d'anormal; forte et vigoureuse, elle n'a jamais, dit-elle, été arrêtée par la maladie. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Elle n'a jamais eu, nous raconte-t-elle, que des rhumes tous les hivers, comme tout le monde, mais cette année ce rhume ne l'a pas quittée, et tout ce printemps et tout l'été précédent il n'a fait qu'empirer. Elle est à bout de souffle; elle vient consulter. On porta le diagnostic très vraisemblable d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez une femme ayant quelques lésions bacillaires ramollies au sommet droit, et que la grossesse réveillait.

A aucun moment elle n'attira notre attention sur une douleur lombaire quelconque, douleurs si légitimes chez une femme enceinte. Les symptômes urinaires étaient négatifs dans le sens d'une tumeur rénale; les urines ne contenaient point d'albumine; à aucun moment elles n'avaient contenu de sang.

Absence absolue des symptômes habituels aux tumeurs rénales, et tableau classique des tumeurs du médiastin.

La malade succomba au cours d'une crise d'oppression plus forte que les précédentes, et l'autopsie nous permit de constater un cancer du rein, dont l'expression clinique avait traduit à nos yeux la propagation précoce et rapide du néoplasme primitif à la plèvre, au poumon et aux ganglions trachéo-bronchiques que nous pouvions alors considérer.

La tumeur du rein, du volume d'un œuf de poule, occupait le rein droit, qu'elle déformait légèrement; à la coupe, de coloration blanc grisâtre, on la voyait occupant la substance pyramidale et une grande partie de la substance corticale près du pôle inférieur du rein, refoulant la capsule sans l'atteindre; elle pénétrait par contre un peu dans le bassinet et avait envahi la veine rénale; les ganglions du hile étaient également atteints par l'envahissement néoplasique.

L'examen microscopique de ce cancer permet de constater qu'il s'agit d'un

épithélioma tubulé à cellules cylindroïdes rappelant son origine canaliculaire.

Le poumon droit et la plèvre viscérale sont farcis de nodosités néoplasiques; les ganglions trachéobronchiques sont également cancéreux; l'un d'eux, plus volumineux que les autres, à cheval sur la bronche droite, comprime cette dernière et le nerf pneumogastrique, qu'il enserre dans sa gangue. L'histologie pathologique de ces tumeurs secondaires rappelle l'aspect de l'épithélioma rénal.

Enfin dans la capsule surrénale et dans le rein du fœtus de cette femme une congestion intense et de nombreux foyers hémorragiques.

FÉVRIER

M. Cornil. — **Sur la propagation à la trompe utérine des kystes ovariens.** — 1° Dans une observation ancienne de M. Schwartz, il s'agissait d'un grand kyste ovarique papillaire à loges multiples, tapissées toutes, aussi bien que la grande cavité kystique, par des végétations papillaires minces, anastomosées et multipliées à l'infini, couvertes d'épithélium cylindrique. La trompe était volumineuse, son calibre dilaté et sa paroi épaisse, semi-transparente. Sur les sections

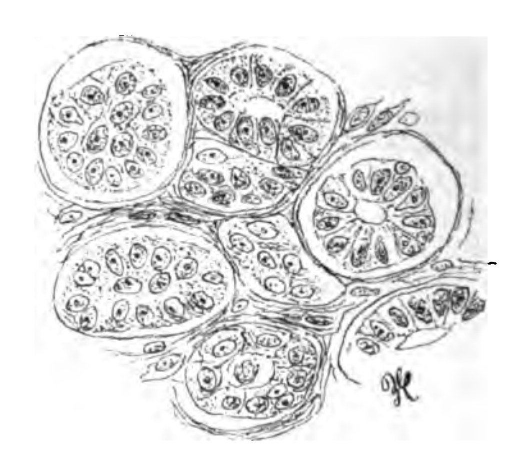


Fig. 1.

de la paroi, examinées au microscope, j'ai vu des cavités kystiques tapissées d'épithélium cylindrique et souvent hérissées de villosités couvertes du même épithélium. Sur une de ces préparations comprenant la paroi de la trompe coupée suivant sa longueur, il y avait, près de la surface péritonéale de cette paroi, plusieurs fentes kystiques tapissées d'épithélium. L'une d'elles s'était ouverte dans le péritoine et, parmi les villosités qui s'élevaient à sa surface, plusieurs s'étaient retournées du côté du péritoine où elles faisaient saillie.

A l'inspection du péritoine voisin du kyste, M. Schwartz a constaté l'existence d'une quantité de végétations papillaires en choux-fleur, tapissant toute la surface péritonéale (le grand épiploon, les anses intestinales, etc.). Ces végé-

tations, qui accusaient une généralisation du néoplasme kystique de l'ovaire, étaient trop répandues pour pouvoir être enlevées. M. Schwartz avait seulement opéré l'ovaire et les trompes. La malade a succombé quelques semaines après à la généralisation péritonéale de la tumeur.

2° M. Richelot a opéré, ces temps derniers, un kyste multiloculaire de l'ovaire caractérisé par une grande poche à surface lisse et à contenu muqueux. La paroi épaisse de la poche montrait un grand nombre de cavités kystiques secondaires, les unes saillantes à la surface du kyste du côté du péritoine, les autres proéminentes dans la grande cavité interne. Il n'y avait pas de kyste superficiel ouvert, ni de végétations saillantes du côté du péritoine. De plus, dans plusieurs de ces kystes de moyen volume développés dans la paroi, on

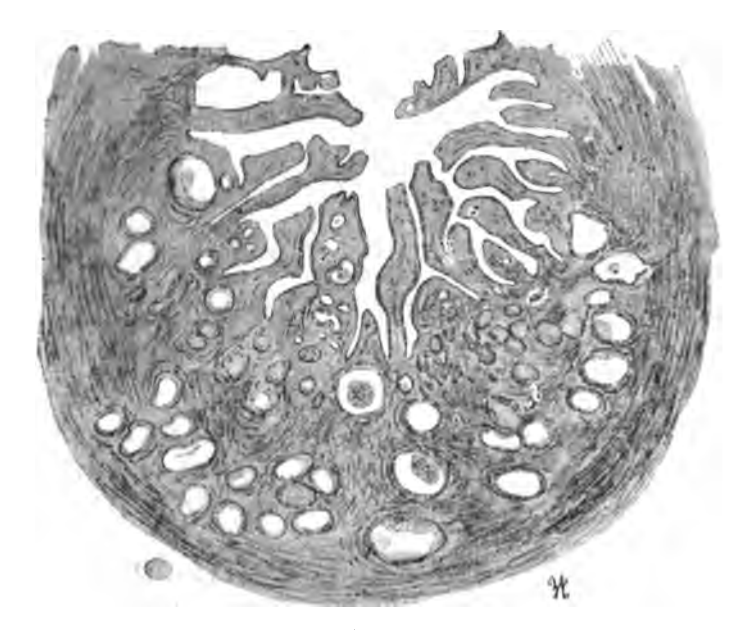


Fig. 2.

constatait des éminences grosses comme une noisette ou comme une noix, formées par de tout petits kystes visibles à l'œil nu, ou invisibles, ainsi que l'a montré l'examen histologique.

Les coupes des diverses parties de cette tumeur ont montré à la surface interne des kystes petits ou grands, des cellules cubiques ou cylindriques sans papilles. La paroi était constituée par des tissus fibreux ou muqueux.

La trompe, du côté de l'ovaire kystique, était normale.

M. Richelot avait attiré notre attention sur une partie de la trompe du côté opposé qui était grosse et indurée, afin d'en déterminer la lésion. Aussi en avons-nous fait des préparations perpendiculaires à sa surface, qui nous ont montré les faits suivants :

La cavité de la trompe est rétrécie par suite d'une épaisseur considérable de sa paroi cellulo-musculaire. Celle-ci est criblée de petites cavités kystiques

qui forment un tissu néoplasique en couronne autour de la trompe. Les plis et végétations de la trompe saillante dans sa cavité ont leur dimension normale, mais certaines de ces végétations sont creusées suivant leur trajet par de petits kystes. On en trouve aussi à la base des végétations. Les plis et végétations de la trompe sont couverts d'une couche de cellules cylindriques très régulières pourvues de cils vibratiles, tandis que les cellules de la surface des petits kystes sont cubiques ou cylindriques, clairs, sans cils.

A la base des végétations on trouve des îlots de petits kystes en voie de formation qui ressemblent tout à fait à des culs-de-sac glandulaires. Leur paroi est constituée par du tissu conjonctif fibrillaire contenant dans ses mailles de grandes cellules conjonctives. Les culs-de-sac sont arrondis ou ovoïdes ; ils renferment une couche de cellules cubiques ou cylindriques, sans cils, et leur cavité présente une lumière vide, étroite, ou une lumière remplie de mucus et de cellules épithéliales détachées.

A la surface péritonéale de la trompe, on voit de grosses végétations très vascularisées couvertes de cellules cylindriques.

Toupet et Lebret. — **Transformation sarcomateuse d'un fibrome de l'utérus, avec noyaux de généralisation dans les poumons.** (Voir *Annales de gynécologie*, août 1905, p. 512.)

MARS

Guibal. — **Kyste dermoïde des deux ovaires avec ascite énorme. — Laparotomie. — Guérison.** — Mme Louise H..., 56 ans, atteinte d'une ascite énorme. Réglée à 12 ans, menstruation régulière; à 47 ans, ménopause; deux enfants, à 22 et à 26 ans.

En juillet 1903 le ventre grossit, sans d'ailleurs aucun trouble. Peu à peu la gêne causée par l'ascite devient telle que le repos au lit s'impose. L'ascite est ponctionnée, 15 litres environ de liquide citrin, le 14 août. La malade se sent soulagée, reprend ses occupations ; mais au bout de huit jours le ventre a pris un développement tel qu'elle doit se remettre au lit. Dyspnée intense, douleur par distension de la paroi abdominale, nouvelle ponction le 3 septembre, 20 litres de liquide citrin. Mais sa reproduction est rapide, et le 17 septembre, une ponction donne 22 litres de liquide citrin et procure un soulagement immédiat. Le liquide épuisé, il est facile de sentir dans le petit bassin deux tumeurs, ayant chacune le volume des deux poings, mobiles, indolores, nettement arrondies et régulières, entraînant l'utérus dans leurs mouvements. Rien au cœur. Foie de volume normal. Les urines, très rares, ne renferment pas d'albumine. Je pensai à la probabilité d'une tumeur végétante des ovaires et proposai l'ovariotomie. La malade refusa.

Mais, le surlendemain, le liquide s'était reproduit en telle quantité que la malade craignit de voir revenir et ses douleurs et sa dyspnée, et elle demanda l'opération. Le 21 septembre, au moment de l'opération le ventre qui avait été

vidé aussi complètement, quatre jours auparavant, que peut le permettre une ponction soigneuse, était déjà distendu par un épanchement abondant. L'amaigrissement avait augmenté, le ventre attirant à lui tous les liquides de l'organisme. A l'incision il s'écoula environ 10 litres, qui inondèrent la table. Les tumeurs étaient formées par les deux ovaires hypertrophiés, ayant le volume de deux poings, libres de toute adhérence, mobiles autour de la charnière formée par l'aileron postérieur. Leur surface était arrondie sans bosselure, sans excroissances papillaires, formée par une membrane fibreuse brillante, presque nacrée ; la séreuse était « lavée », mais normale et polie partout, dans le pelvis comme dans la grande cavité. Les anses intestinales étaient vides.

L'ablation des deux tumeurs fut des plus simples par section et ligature double de l'aileron postérieur, en laissant les trompes en place. Assèchement complet de la séreuse avec des compresses sèches. Suture de la paroi en un plan sans drainage. Suites régulières. La malade se lève le 20e jour. L'ascite ne se reproduit plus.

Les deux tumeurs ont à peu près le volume des deux poings : Elles sont arrondies ou plutôt grossièrement ovoïdes, à grand axe transversal, suivant le grand axe normal de l'ovaire : la droite est un peu plus grosse que sa congénère. La section montre qu'elles sont constituées l'une et l'autre par une cavité kystique unique : la paroi est épaisse d'environ 3 millimètres et d'une épaisseur uniforme, sauf vers le pôle externe de la tumeur du côté droit, où l'épaisseur atteint un centimètre et demi environ, sur une largeur de 3 centimètres carrés. A ce niveau la coupe offre assez bien l'aspect du stroma ovarien, mais nous ne pouvons confirmer ce fait, n'ayant pu pratiquer l'examen histologique. La surface externe des deux poches est brillante, nacrée, avons-nous dit ; la surface interne offre l'aspect habituel de peau macérée ; enfin, le contenu est constitué par de la matière blanchâtre, épaisse, d'aspect sébacé, dans laquelle est englobée une masse de cheveux bruns, enroulés et dont la longueur, pour certains, dépasse 50 centimètres.

14 mois après l'opération, la malade va très bien.

La pathogénie de cette ascite reste d'une explication difficile.

A. Rollin. — **Épithélioma canaliculaire du sein.** — Femme de 35 ans, qui porte au niveau du sein gauche une tumeur, dont l'apparition remonterait à deux ans, et qui depuis deux mois a notablement augmenté de volume.

Cette tumeur est située à la partie supéro-externe du sein ; elle est dure, irrégulière, bosselée, du volume d'une mandarine, mais aplatie dans le sens antéro-postérieur. Elle donne l'impression d'être assez bien limitée, sauf à sa partie inféro-interne, où elle est plus ferme, et semble infiltrer les parties voisines, et dans la région supéro-externe, où on a l'impression que la tumeur se prolonge vers l'aisselle, par une sorte de pédicule. Elle ne paraît pas adhérente à la peau, ou ne le fait que par des brides très lâches ; il n'est pas possible de provoquer le phénomène de la peau d'orange ; mais sa mobilité sur le plan profond est nettement limitée.

L'exploration de l'aisselle ne permet de sentir que de tout petits ganglions durs et roulant sous le doigt.

Opération le 11 février 1905. Amputation de la mamelle et curage complet de l'aisselle. La tumeur paraît aplatie, incurvant la partie profonde de la mamelle en dehors : elle n'est pas circonscrite ; *à la coupe*, elle présente une coloration blanc jaunâtre, et on voit un suintement de matière jaune, épaisse, se faire par une multitude de petits orifices, lorsqu'on presse sur la masse néoplasique.

Examen microscopique. — Sur les coupes du sein, on voit de grandes cavités, visibles à l'œil nu, dont quelques-unes ont de 2 à 5 millimètres et qui ne sont autres que des canaux galactophores, car les cavités sont limitées à leur périphérie par un tissu conjonctif dense et une paroi assez nette plus ou moins épaisse.

A leur intérieur, on trouve d'abord, contre la paroi, une couche de grosses cellules aplaties, puis des cellules prismatiques volumineuses, avec de gros noyaux (cellules cancéreuses), qui forment une série de couches assez épaisses de cellules végétantes, en bordure à la paroi du canal. Dans cette bordure épithéliale, on trouve quelques vaisseaux capillaires, qui partent de la paroi. Dans l'intérieur des canaux, il existe un magma épais, formé par une accumulation de fragments de cellules mortifiées, dont les noyaux ne se colorent plus par l'hématoxyline.

Dans le tissu qui sépare les canaux galactophores, on voit des alvéoles ronds, ovoïdes, ou allongés, parfois anastomosés, limités par du tissu conjonctif et contenant de grossss cellules cancéreuses, polyédriques, à gros noyaux. Les cellules les plus périphériques sont généralement implantées sur la paroi fibreuse. Dans ce tissu conjonctif, il y a par places une infiltration leucocytaire très manifeste ; on trouve surtout autour des vaisseaux de véritables petits îlots inflammatoires.

Des préparations, colorées au violet de gentiane et éclaircies par l'huile d'aniline, ont permis d'élucider la composition du magma intra-canaliculaire signalé plus haut ; on voit très nettement un réseau de fibrine, coloré en violet foncé, qui sépare des éléments cellulaires mortifiés.

Un *ganglion axillaire*, ayant environ 2 centimètres et demi de longueur, un peu aplati, était tout à fait blanc grisâtre et paraissait dégénéré à l'œil nu. On y trouvait des îlots cancéreux tout à fait caractéristiques, au milieu de tissu.

David. — **Fibromes multiples de l'utérus, torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal.** — Tumeur de l'utérus, constituée par plusieurs fibromes. L'un de ces fibromes, du volume d'une grosse tête d'adulte, de forme allongée, est rattaché à la partie postérieure de l'utérus par un pédicule très net et assez long, large d'environ trois travers de doigt, et dans l'intérieur duquel on peut voir de volumineux vaisseaux.

La malade atteinte a été opérée pour des accidents aigus de cette torsion.

Après laparotomie médiane, il nous fut facile de voir avec la plus grande

netteté que le fibrome supérieur avait non seulement accompli un mouvement de rotation de 180° sur son pédicule, mais encore subi un moment de bascule.

Le pôle gauche de la tumeur était devenu inférieur et se logeait dans le flanc droit. Le pôle droit devenu supérieur se cachait dans l'hypochondre du même côté. La face antérieure regardait à droite et en arrière, la face postérieure dans le sens opposé.

Nous avons trouvé chez cette femme deux énormes hydrosalpinx, le gauche du volume de trois poings. Tous deux présentaient les caractères de l'hydrosalpinx mécanique. Paroi très mince, liquide clair ; et il nous a paru évident qu'ils étaient dus à la déviation et à la compression des portions interstitielles et isthmiques des trompes.

AVRIL

Doléris et Chartier. — **Fibrome volumineux. — Grossesse. — Hystérectomie subtotale.** (Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1905, p. 703.)

Lacasse. — **Enfant macéré, ayant survécu 20 heures.** — C..., 26 ans, confectionneuse. Aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel. Aucun stigmate spécifique; l'interrogatoire ne donne aucun renseignement à ce point de vue, ni du côté de la femme, ni chez le père de l'enfant. Première grossesse. Dernières règles du 16 au 21 juin. Le terme de la grossesse semble beaucoup moins avancé; l'utérus n'a que 26 centimètres de hauteur; d'ailleurs la femme a perdu du sang une première fois dans les derniers jours de septembre, une seconde fois au commencement d'octobre. Urines normales.

Le travail a débuté le 31 mars, à 5 heures du matin. Elle entre dans le service le même jour à 8 h. 15. H V., 26 centimètres. Présentation du sommet en OIDP. Bruits du cœur bons. Rupture des membranes à 5 h. 30 du soir. Il s'écoule une très petite quantité de liquide amniotique, le liquide est de couleur normale, opalescent, de consistance et d'odeur normales. Expulsion spontanée de fœtus à 5 h. 40 du soir. Délivrance naturelle à 6 h. 20. Placenta normal. Poids : 530 grammes.

Fœtus du sexe féminin, pesant 1.700 grammes. Le rapport entre le poids du placenta et le poids du fœtus est très modifié puisque normalement le placenta pèse le sixième environ du poids du fœtus; et nous trouvons là un placenta de 530 pour un fœtus de 1.700. C'est donc une présomption sérieuse de syphilis. Cependant le placenta n'a pas l'aspect caractéristique à gros cotylédons, à sillons cotylédonaires très marqués.

Le fœtus a totalement l'aspect d'un macéré. Il est complètement dépouillé de son épiderme, qui ne subsiste que par places, au scrotum, et par placards dans le dos. Il est d'une coloration rouge intense. La paume des mains et la plante des pieds ne présentent pas de phlyctènes, de pemphigus apparentes Cependant sur la face externe de la cuisse droite, et dans la région de l'omo-

plate droit, on aperçoit quelques placards plus rouges que les tissus environnants, qui peuvent être du pemphigus au début. L'enfant crie, ouvre les yeux et paraît très vivace.

Le fœtus a vécu 20 heures. Nous n'en avons pas fait l'autopsie, afin de lui laisser son aspect caractéristique. Nous pensons à un pemphigus généralisé: le poids du placenta peut seul nous faire soupçonner la syphilis.

Mai

WEINBERG et ARNAL. — **Involution sénile de l'utérus humain.** — *Résumé des conclusions.* — Au cours de l'étude des utérus séniles, on se trouve en présence de deux ordres de lésions :

D'une part, l'atrophie de la muqueuse et des éléments musculaires, la disproportion considérable entre la quantité du tissu conjonctif et celle du tissu musculaire, la sclérose des vaisseaux, l'atrophie du réseau élastique. D'autre part, à côté de ces lésions, d'autres sont très fréquentes, dont l'apparition est favorisée par les premières : la transformation kystique des glandes, les congestions et hémorragies, voire même les hématomes de la paroi et la calcification des vaisseaux.

La congestion et les hémorragies sont déterminées surtout par les troubles circulatoires consécutifs aux lésions vasculaires. Quant à la calcification des vaisseaux, ce phénomène ne nous semble également avoir aucun rapport immédiat avec l'involution sénile de l'utérus.

Nous avons toujours vu la calcification des vaisseaux utérins coïncider avec celle de l'aorte et de ses branches. Si la calcification ne paraît pas caractéristique de la sénilité, néanmoins son apparition semble favorisée par la sclérose constante des vaisseaux, dans la paroi desquels les sels calcaires se déposent quand les conditions générales de l'organisme s'y prêtent.

Étant donnée la constance des lésions vasculaires, quelques auteurs les ont considérées comme déterminant l'atrophie. Cependant ni la distribution des faisceaux musculaires atrophiés, ni le degré de leur atrophie ne sont en rapport avec l'intensité des lésions vasculaires.

A côté des altérations des vaisseaux, altérations dont l'origine, ainsi que le rôle étiologique dans l'atrophie, échappe, on constate une infiltration des faisceaux musculaires par de gros mononucléaires présentant les caractères de macrophages. Ces éléments semblent jouer dans l'atrophie des éléments musculaires un rôle d'autant plus important que les autres processus d'atrophie (dégénérescences graisseuse ou autres) ne sont que très rarement constatées.

E. REYMOND. — **Fibromyome utérin inclus dans le ligament large droit. — Laparotomie. — Hystérectomie totale rendue obligatoire au cours de l'intervention du fait qu'une portion du myome est gangrenée.** — La malade, âgée de 45 ans, portait depuis trois ans un petit fibrome inclus dans le ligament large droit. Brusquement les hémorragies deviennent considérables, la tumeur

augmente très rapidement, la malade accepte l'opération. Mais, la veille du jour où celle-ci devait être faite, les hémorragies deviennent telles qu'elles provoquent une longue syncope; en même temps la température atteint 39° cinq jours de suite.

On intervient alors malgré le grand état de faiblesse de la malade : laparotomie, hystérectomie par le procédé américain, qui permet de faire basculer la tumeur et de la désenclaver sans aucune perte de sang ; mais en coupant le col utérin pour pratiquer une sub-totale, le bistouri rencontre un myome gangreneux : l'incision est fermée par une pince et l'opération modifiée en pratiquant une hystérectomie totale : fermeture complète du vagin, recouvrement péritonéal, drain abdominal enlevé au bout de 48 heures. Les suites sont simples et la température redevient normale aussitôt après l'opération.

La pièce pèse 650 grammes ; elle n'a que 10 centimètres de hauteur et 25 centimètres transversalement : elle se compose de l'utérus basculé et refoulé à gauche contre la paroi pelvienne et du fibrome qui s'est développé dans le ligament large droit, en a écarté les feuillets et appuie directement par une large surface sur la paroi du bassin sans interposition du péritoine.

Trompes et ovaires sont coiffés d'un feuillet séreux de nouvelle formation, qui les applique contre l'utérus et les unit lâchement aux organes voisins.

A gauche la trompe épaisse mais perméable est chassée de sa situation normale par la compression que la corne utérine exerce sur la paroi pelvienne : elle a glissé sous le ligament utéro-ovarien qui le coiffe, en sorte que l'ovaire est en dehors et en avant du pavillon.

A droite, la trompe est fermée au niveau de son pavillon : celui-ci coiffant l'ovaire crée avec lui une cavité fermée de toutes parts, contenant du sang et un petit noyau implanté sur une frange; celui-ci a été incomplètement examiné, mais l'ensemble fait penser à une grossesse tubaire.

Sans chercher si celle-ci aurait été pour quelque chose dans les hémorragies et le développement rapide du fibrome, nous croyons bien probable que le sphacèle du myome était la cause de la fièvre et constatons une fois de plus combien il est fréquent de voir se développer ce processus de gangrène chez les sujets très anémiés.

G. Kuss. — **Rupture d'une grossesse tubaire au 5ᵉ mois. — Méningite tuberculeuse. — Mort.** — L. E..., âgée de 37 ans, célibataire, coma partiel, vomissements incessants, d'abord biliaires et muqueux, puis grisâtres, sales, d'odeur très aigre ; ventre très rétracté, en bateau ; constipation opiniâtre ; un peu de contracture des membres supérieurs ; hyperesthésie généralisée ; strabisme et inégalité pupillaire ; cris de caractère méningé. Ponction lombaire, qui permet de poser le cyto-diagnostic de polynucléose.

Diagnostic : méningite, probablement tuberculeuse *aiguë*.

Autopsie. — Méningite tuberculeuse aiguë avec exsudats séro-purulents sous-arachnoïdiens, tubercules miliaires le long des artères sylviennes et des plexus choroïdes.

Mais, à l'ouverture de l'abdomen, une surprise nous attendait. Tout le bassin et le Douglas sont remplis de caillots énormes, au milieu desquels nous sentons un cordon, qui nous ramène par traction un fœtus de 5 mois environ tombé dans le Douglas.

Après nettoyage, nous reconnaissons que nous avons affaire à une grossesse tubaire rompue du côté droit. Le kyste fœtal est formé par la trompe et le péritoine de voisinage; à sa partie inférieure se trouve l'ovaire un peu étiré. La poche s'est rompue dans sa partie postéro-inférieure; ses parois sont épaisses, le placenta s'insère à sa partie antéro-supérieure.

Nous avions rattaché à la méningite tuberculeuse l'hyperesthésie abdominale, et cela nous semblait logique chez une femme plus ou moins couchée en chien de fusil, présentant tous les symptômes méningés que nous avons énumérés et chez laquelle la ponction lombaire avait été positive.

H. Duclaux et A. Herrenschmidt. — **Tératome de la grande lèvre (inclusion intestinale.)** — Marie P..., lingère, 21 ans, est envoyée de la campagne à M. le professeur Segond, à la Salpêtrière, porte une tumeur siégeant au niveau de la grande lèvre droite. Cette tumeur est congénitale et, d'après la malade, n'aurait pas augmenté de volume d'une façon appréciable: elle n'est pas douloureuse, mais seulement gênante, car pendant la marche elle frotte constamment contre la face interne de la cuisse gauche et le frottement a amené à la longue une irritation de la surface de la tumeur et un suintement muco-purulent continuels. Elle est allongée dans le sens de la grande lèvre, ovoïde, de la grosseur d'un œuf d'oie, molle, presque fluctuante au palper et fait saillie à la fois à la face externe et à la face interne de la grande lèvre.

Elle est lisse du côté externe, ne présentant que deux petits mamelons saillants, l'un demi-sphérique, uni à sa partie supérieure, l'autre tout à fait à sa partie externe, près du pli génito-crural, ce dernier conique et couvert de poils (fig. 1, MS et MC). Sur le bord libre de la grande lèvre on voit un orifice rouge violacé, à plis circulaires nombreux, absolument comparable à celui d'un anus iliaque (fig. 1, OI), et qui conduit dans un diverticule oblique en bas et en dehors d'une longueur de 5 à 6 centimètres, et terminé en cul-de sac. De cet orifice s'écoule sans cesse un liquide muco-purulent.

A part cette tumeur, il est important de signaler chez cette femme, d'ailleurs très bien portante, une malformation génitale ; vagin double, utérus double.

L'opération faite par M. Segond le 26 avril 1905 fut des plus simples : tumeur circonscrite par deux incisions enlevée; plaie réunie immédiatement, cicatrisée au bout de huit jours.

Sur une coupe macroscopique, la tumeur nous apparaît comme formée de tissu graisseux. Le diverticule incisé dans sa longueur présente une surface violacée, parcourue du fond jusqu'à l'orifice par de nombreux plis circulaires. Le mamelon supérieur, hémisphérique, ouvert, contient un kyste du volume d'une petite noisette d'où s'écoule un liquide verdâtre, épais; l'autre paraît, sur la coupe, être uniquement conjonctif.

Examen histologique. — Deux fragments ont été prélevés sur la portion plissée, l'un en plein dans la muqueuse rougeâtre, l'autre à l'union de la muqueuse avec l'épiderme du côté de la grande lèvre. En outre, le contenu des deux mamelons a été enlevé par la face profonde, afin de ne pas endommager la pièce (1). Technique : alcool ou formol ; paraffine ; hématoxyline-éosine ou van Gieson.

A. *Pleine muqueuse rougeâtre, plissée.* — Le premier coup d'œil fait voir qu'il s'agit de muqueuse intestinale et aussi que cette muqueuse n'a pas de

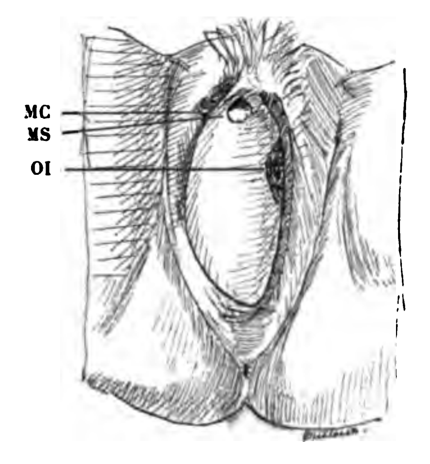


Fig. 1. — Vue de la tumeur en place. La grande lèvre ferme l'entrée de la vulve. On voit, sur la ligne médiane, l'ouverture de l'infundibulum et, en haut, les deux mamelons.

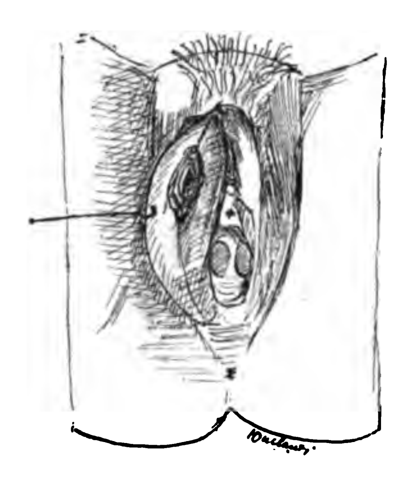


Fig. 2. — Grande lèvre reclinée, montrant l'orifice de l'infundibulum intestinal et le double orifice vaginal.

villosités typiques et qu'en certains points elle est le siège d'une inflammation banale intense.

L'*épithélium* de surface est formé de hautes cellules cylindriques à plateau, granuleuses, avec noyau basal. Il pousse dans la profondeur de nombreuses invaginations, les glandes de la muqueuse, qui rappellent absolument les *glandes de Lieberkühn.* Mais relativement peu serrées les unes contre les autres, profondes de 5 à 8 millimètres, elles sont assez larges pour laisser apercevoir une lumière centrale et quelques-unes sont divisées en deux culs-de-sac terminaux. Leurs cellules de revêtement sont en partie les mêmes qu'à la surface, mais des cellules caliciformes viennent se mêler en nombre considérable aux cellules à plateau ; les caliciformes sont même parfois en proportions plus fortes dans certains tubes.

Le *chorion lymphoïde* (séparé de l'épithélium par une membrane basale qui n'est pas partout nettement visible) remplit entièrement les espaces interglan-

(1) Elle est conservée dans le liquide de Kaiserling au laboratoire de M. le professeur Segond (Salpêtrière).

dulaires et s'étend encore au-dessous des culs-de-sac en une nappe mince et continue. Il se compose d'un réticulum conjonctif serré, à fibrilles assez épaisses, qui sert de support à de nombreux vaisseaux sanguins dont les ramifications les plus fines montent jusqu'au contact de l'épithélium superficiel.

Les mailles sont bourrées de cellules lymphoïdes. Par endroits, ce tissu lymphoïde diffus se condense en follicules solitaires, avec leur bordure foncée et leur centre germinatif clair. Il confine à une mince couche musculaire lisse, la *musculaire muqueuse* dont il dissocie les fibres superficielles, mais ne dépasse pas la face profonde. On trouve ensuite une *sous-muqueuse*, composée d'épais faisceaux conjonctifs irrégulièrement entre-croisés et contenant de gros vaisseaux: mais elle renferme en outre des formations particulières: quelques groupes de *glandes en grappes*, qui rappellent à première vue les glandes salivaires muqueuses. Cependant les acini sont peut-être ici plus grands; ils ont un contour arrondi ou polycyclique, une lumière centrale libre ou occupée par un produit de sécrétion homogène et sont enveloppés par une membrane limitante assez épaisse. Les cellules de revêtement sont cylindro-cubiques ou polyédriques, en général transparentes, quelques-unes pourtant granuleuses et pourvues d'un petit noyau rond situé à la base. Les canaux excréteurs de ces glandes sont reconnaissables à leur épithélium plus haut, formé de cellules cylindriques minces, foncées, granuleuses, avec noyau allongé, dans la moitié inférieure de la cellule (1).

Enfin on arrive sur une épaisse *tunique musculaire*, décomposable en deux couches superposées dont les fibres ont une direction perpendiculaire par rapport l'une à l'autre. Elles sont composées exclusivement de fibres lisses.

B. *Muqueuse à la jonction avec l'épiderme* (fig. 3). — L'*épithélium* de surface est pavimenteux stratifié; peu épais dans une zone déjà dépourvue de glandes, tout à fait mince dans une zone glandulaire. Il est repoussé par quelques papilles rudimentaires dans la première; dans la seconde, sa structure typique est tantôt presque entièrement effacée, tantôt on la retrouve avec ses couches successives distinctes et des prolongements interpapillaires bien dessinés. A l'embouchure des glandes, l'épithélium pavimenteux se continue, par l'intermédiaire d'une courte bande de transition, avec l'épithélium cylindrique des tubes. Les *glandes* sont les mêmes qu'en A, peut-être un peu plus larges, plus espacées, plus souvent composées. Le réticulum du *chorion lymphoïde* est plus massif que tout à l'heure. Cette couche qui renferme encore des follicules solitaires arrive directement au contact de la *musculeuse* (comme tout à l'heure totalement lisse) sans qu'on puisse différencier sur une étendue appréciable une musculaire muqueuse ni même une véritable sous-muqueuse. Dans la zone privée de glandes, le chorion s'est transformé en un derme qui repose directement sur la couche musculaire. On rencontre les mêmes *glandes en grappes*

(1) Ces glandes, normales dans la zone de passage entre le rectum et l'anus, analogues à celles qu'on trouve au niveau des lèvres à la limite de la muqueuse buccale, ont été signalées par Robin, puis décrites dans le *Journal de l'anatomie* par M. Cornil, en 18..

décrites plus haut, par groupes plus ou moins importants soit en plein muscle, soit dans un tissu adipeux interfasciculaire.

C. *Contenu du mamelon hémisphérique.* — C'est un petit kyste de la capacité d'un pois, mais à paroi plissée, de sorte que sa cavité apparaît irrégulièrement diverticulaire sur la coupe. L'épithélium superficiel, à cellules à plateau et caliciformes, présente de nombreux enfoncements glandulaires, peu profonds, quelquefois bifides. Ces glandules reposent dans une couche de tissu lymphoïde diffus qui les enveloppe sans guère dépasser le fond des tubes glandu-



FIG. 3. — Structure du diverticule intestinal au niveau de son orifice. (Gross. 26/1.)

laires. Ceux-ci arrivent au contact d'une musculaire muqueuse relativement épaisse. Au delà on rencontre une couche circulaire de tissu conjonctif grossier, et enfin une grande épaisseur de muscle lisse en faisceaux diversement entrecroisés et coupés par de nombreuses travées de tissu conjonctif. Dans la cavité du kyste : des cellules à l'état de dégénérescence graisseuse et des cristaux de cholestérine.

D. *Contenu du mamelon conique.* — Comme le faisait prévoir l'aspect macroscopique du fragment prélevé, ce petit tubercule est plein et composé essentiellement d'une masse de graisse, traversée elle-même par des faisceaux conjonctifs lâches, espacés et qui se dirigent en convergeant de la base vers le sommet. Il n'y a trace d'aucune formation épithéliale.

En résumé, l'examen histologique démontre clairement, par l absence de

villosités, l'absence de follicules agminés, par la présence de glandes de Lieberkühn souvent composées et renfermant des cellules caliciformes en très grande quantité, par la présence de glandes en grappes particulières aux deux orifices du tube digestif, que le kyste et l'infundibulum borgne sont formés de muqueuse du gros intestin et plus spécialement de muqueuse rectale.

L'existence, chez cette femme, d'un anus normalement placé, d'un périnée bien développé, exclut immédiatement toutes les malformations anales décrites et connues (atrésies, agénésies avec ou sans amorce périnéale ; ouvertures du rectum en un point anormal : anus congénitalement vaginal, vulvaire, etc.. Nous n'avons affaire ni à un développement incomplet ni à un arrêt de développement de l'intestin postérieur. Nous pensons donc qu'il s'agit de *l'inclusion fœtale d'une ou de plusieurs parcelles de l'intestin postérieur* (pas de l'intestin caudal) dans les tissus environnants, isolement amené peut-être par un cloisonnement irrégulier du cloaque, — que ces germes ont, pendant la formation du périnée, suivi le canal uro-génital et les bourrelets génitaux, futur conduit vulvo-vaginal et grandes lèvres, — et que là ils se sont développés, rudimentaires, l'un en un petit kyste, l'autre en un tronçon ano-rectal ouvert à l'extérieur.

Le fait qu'il y a parallèlement avec une hétérotopie de tissu rectal encore une malformation du conduit génital, n'est pas en soi extraordinaire; chacune apparaît vis-à-vis de l'autre comme une démonstration que les troubles du développement embryonnaire ont été étendus sinon graves, puisqu'ils ont porté sur l'ébauche d'au moins deux organes, dérivant l'un de l'endoderme, l'autre du mésoderme.

REVUE ANALYTIQUE

Recherches histologiques comparatives sur la production de formations glandulaires dans le tissu interstitiel de l'ovaire (glande interstitielle de l'ovaire) [Vergleichend histologiche Unterssuchungen über das Vorkommen drüsiger Formationen im interstitiellen Eierstocksgewebe, etc.] FRAENKEL, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 3, p. 443.

« Quelques auteurs ont entrepris des recherches qui rendent vraisemblable l'existence dans l'ovaire d'autres éléments capables de concourir aussi à la sécrétion interne que ceux auxquels on attribuait jusqu'ici cette fonction ; en outre, des histologistes français ont attiré notre attention sur un tissu existant dans l'ovaire de certains animaux que, jusqu'ici, on ignorait comme tel : d'après sa structure et son histogenèse, ils le dénomment *glande interstitielle* de l'ovaire, par opposition au corpus luteum qui serait la *glande épithéliale.* La réalité de cet état anatomique étant admise, il y a probabilité que certaines fonctions sont dévolues à ce nouvel organe, qu'il y a tout au moins action vicariante ou antagoniste entre lui et le corps jaune. Enfin, dans ces derniers temps, on a signalé maintes fois dans la grossesse, dans certains états pathologiques de l'utérus ou de l'ovaire, des hyperplasies, des ectopies de cellules à lutéine, qu'on a de nouveau identifiées en partie avec cette soi-disant *glande interstitielle* de l'ovaire. Mais avant que ces questions soient susceptibles d'être solutionnées, il faut d'abord rechercher s'il est des parties de l'ovaire, et lesquelles, agencées de façon à pouvoir participer à la sécrétion interne, si ces formations anatomiques existent régulièrement, comment elles se répartissent dans l'ovaire, si elles se rencontrent chez tous les mammifères. Ces questions diverses sont l'objet de ce travail. »

Avant de rapporter les recherches personnelles considérables auxquelles il s'est livré, Fraenkel fait une revue aussi complète que possible de la littérature médicale relative à ce sujet, s'étendant particulièrement sur certains travaux français de Limon, qui a décrit le premier la *glande interstitielle de l'ovaire*, de Prenant, de Bouin, etc. La revue historique faite, l'auteur arrive à l'exposé de ses propres recherches. Il a examiné des ovaires normaux de femmes gravides et non gravides, des ovaires de femmes atteintes de chorio-épithéliome, de môle hydatiforme, d'ostéomalacie, de myome, — pièces anatomiques obtenues par opérations ou à la nécropsie, — enfin, il a examiné des ovaires provenant de 46 espèces d'animaux (rongeurs, insectivores, chiroptères, marsupiaux, ongulés, carnivores, singes). Chez 24 espèces d'animaux, Fraenkel chercha sans succès le tissu en question ; au contraire, il le trouva dans sa

forme typique chez 22 : cellules volumineuses, polyédriques, la plupart riches en protoplasme, très granuleuses, à gros noyaux, riches en chromatine, réunis en amas, en nids, limités par des cordons connectifs et traversés par des capillaires. Où il existe, ce tissu prend une grosse partie de l'ovaire ; souvent il s'étend entre les éléments parenchymateux connus de l'organe, du hile jusqu'à l'albuginée et tranche nettement par une substance colorante jaune ou verte dans les cellules. Chez beaucoup d'animaux, on peut suivre son origine de follicules atrésiés, dont la *theca interna* prolifère et fournit les cellules de la glande interstitielle.

La glande interstitielle fait totalement défaut chez la femme.

Au résumé, à cause de l'inconstance du tissu en question chez des animaux d'espèces différentes comme chez des animaux de même espèce, à cause de son aspect divers, en raison aussi de son origine d'organes incomplètement développés et d'organes en voie de régression (follicules atrésiés), *il paraît improbable, malgré sa structure typique, qu'il soit chargé d'une fonction générale et importante.* Au contraire, le corps jaune, par la fixité de ses caractères, par sa constance, répond à toutes les conditions qu'on est en droit d'exiger d'un organe chargé de l'accomplissement d'une fonction spéciale.

R. L.

VARIÉTÉS

Le Ve Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie, fixé au 11-18 septembre 1905 et remis ensuite à un an, devait avoir lieu en automne de l'année courante, mais déjà, depuis le commencement de l'année, se sont fait entendre des doutes sur son succès : la masse de réunions scientifiques à l'étranger et l'évolution sociale en Russie étant de mauvais augure pour le succès du Congrès.

Les membres du Comité d'Organisation, ayant demandé avis à ce sujet à un grand nombre de représentants de notre spécialité, ont reçu des réponses unanimes exprimant le désir de voir le Congrès remis encore pour un an.

Le Comité d'Organisation se rendant entièrement aux considérations énoncées et ne voulant pas risquer le succès du Congrès, se voit obligé, à son grand regret, de renoncer à son arrangement pour cette année et a l'honneur d'annoncer que le Ve Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie n'aura lieu que le 11-18 septem. N. st. (29 août — 5 septem.) 1907.

Le Gérant : G. Steinheil

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON.
PROFESSEUR AUG. POLLOSSON.

LE DRAINAGE DANS LES LAPAROTOMIES DU DOMAINE GYNÉCOLOGIQUE

Par M. H. VIOLET, moniteur de la clinique.

Historique. — L'histoire du drainage du péritoine après la laparotomie commence avec Peaslée (1), 1855, qui propose d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de drainer systématiquement par cette voie. En 1867, Kœberlé (2) laisse dans l'incision abdominale un gros tube de verre percé de trous, plongeant dans le petit bassin. Cette pratique fut adoptée en Angleterre, où l'ovariotomie était déjà florissante. Spencer Wells en était à sa 500e ovariotomie. Toutes ses interventions avaient été faites sans drainage. C'est ainsi qu'avaient été conduites les premières interventions de Nélaton et de Péan, de Nussbaum et de Billroth. A côté de Kœberlé, il faut citer Sims, dont la publication : *An Ovariotomy* (1873) était un long plaidoyer en faveur du drainage prophylactique. Marion Sims accusait les liquides stagnants dans le Douglas d'être la cause et le point de départ de la péritonite : il fallait les évacuer. Sims drainait par le vagin Cette méthode se répandit bien vite en Allemagne.

Mais c'est dire qu'avant la phase de drainage, il y a eu une phase de non-drainage. La chirurgie du péritoine a subi dans son évolution les mêmes phases que celle du tissu cellulaire. Le drainage prophylactique, il convient de le rappeler ici, n'a été qu'un enfant des mauvais résultats dans le traitement des plaies.

M. le professeur Terrier, qui fut le véritable initiateur de toute la chirurgie abdominale en France, pratiquait en 1875 sa première ovariotomie, avec fixation du pédicule à la paroi sans drainage. Dès sa dix-huitième intervention, il substituait, au pédicule externe, l'abandon du pédicule dans l'abdomen. Ses quatre premières séries d'ovariotomies, de vingt-cinq chacune, publiées dans la *Revue de chirurgie*, furent faites ainsi sans aucun drainage.

Il faudrait reprendre l'histoire de la chirurgie gynécologique avec son

(1) PEASLÉE, *Ovarian Tumors*, 1855.
(2) KŒBERLÉ, *Gazette des hôpitaux*, 1867.

extension progressive, avec ses perfectionnements, pour pouvoir suivre les différentes étapes du drainage, les différentes compréhensions dont il a été l'objet.

A la faveur d'une meilleure technique, l'audace des chirurgiens s'accroît. On s'attaque à de grosses tumeurs ovariennes ou utérines considérées jusque-là comme inopérables; on enlève par le ventre des salpingites suppurées (Lawson Tait, Trelat et Terrier).

C'est en 1886 que Mikulicz apporte un nouveau procédé de drainage et de tamponnement, destiné à isoler les espaces morts de la cavité péritonéale. Ce fut Pozzi (1) qui l'introduisit en France. Il est intéressant, à l'heure actuelle, de relire les discussions qui eurent lieu à ce moment et de voir combien à Paris on fit à ce nouveau venu un mauvais accueil. Devant les objections de Bouilly, de Terrillon, de Terrier, Pozzi fut obligé de retirer une à une les quelques indications qu'il avait voulu formuler pour l'emploi de ce mode de drainage.

A Lyon, le « Mikulicz » fut accueilli avec faveur. La thèse de Brenaus (1894), inspirée par le professeur Laroyenne et M. Condamin, la thèse de Vergne, inspirée par M. le professeur Poncet et par M. Aug. Pollosson, alors chirurgien-major de la Charité, marquent l'apogée de la méthode.

Depuis, les uns ont repris la question des principes mêmes du drainage, — citons sur ce sujet le remarquable travail de Delbet : « Le drainage du péritoine (2) », — d'autres sont restés fidèles au drain (méthode du professeur Terrier) ; d'autres enfin se sont ralliés à la gaze, sous l'influence du professeur Pozzi.

Toutefois, les publications de Delagénière, de Hartmann, de Delbet, etc., les thèses de Judet (1901), de Delage (1902) montrent que l'influence du professeur Terrier reste prédominante, que le Mikulicz a perdu du terrain, et que le drainage du péritoine est réduit à cette forme qui présente le moins d'inconvénients, le drainage tubulaire.

Mais voici qu'on parle même de ne plus drainer du tout.

En Amérique, la doctrine a suivi une évolution intéressante. Les travaux de Clark, assistant de Kelly, ceux de Hunter Roob (3), le livre de Kelly (4) et une discussion récente à la Société de gynécologie de New-York (5), à laquelle prirent part Clark, Kelly, Humington, Dudley, Vine-

(1) Pozzi, *Société de chirurgie de Paris*, février 1888.
(2) Delbet, Le drainage du péritoine. *Annales de gynécologie*, 1890.
(3) Hunter Roob, *John Hopkins Hospital Report*, 1891.
(4) Kelly, *Operative Gynecology*, 1898.
(5) *American Journal of the medical Sciences*, 1901.

berg, montrent bien cette évolution : le drainage du péritoine ne trouve plus de défenseur, son emploi est restreint au minimum.

Kelly en conteste jusqu'à l'indication : d'après lui, il n'est pas nécessaire d'évacuer les liquides séro-sanguins exsudés par les surfaces cruentées après la laparotomie. Il déclare que les complications post-opératoires sont trois fois plus fréquentes avec le drainage. D'après sa statistique, là où le drainage est employé, la mortalité est sensiblement plus élevée que dans les cas où l'on s'en abstient. Au point de vue morbidité, sur 100 cas non drainés avec adhérences antérieures, un seul a été suivi d'abcès pelvien. Sur 100 cas drainés, cette complication a été observée 8 fois.

En Allemagne, ce sujet a fait l'objet d'une discussion importante à la Société de gynécologie de Berlin, à la suite d'une communication de Olshausen (octobre 1902). Celui-ci attaque le principe même du drainage et déclare que, sur 1.555 laparotomies pratiquées en l'espace de cinq ans, il n'a drainé que 7 fois : 4 fois par le ventre et 3 fois par le vagin.

A cette discussion prennent part Oberländer, Bröse, Czempin, Mackenrodt et Gottschalk. A cette occasion, différents chirurgiens firent connaître leur opinion : Hofmeier (1), Sippel (2), Fehling (3), Döderlein (4), Martin (5), Kustner (6).

En France, on est resté partisan du drainage. Les livres classiques montrent qu'il est généralement accepté.

Parmi les thèses les plus récentes ayant trait à ce sujet, seule, la thèse de Berruyer, inspirée par Jayle, marque une tentative de restriction de l'emploi du drainage.

Et cependant, c'est à la Société de chirurgie de Paris, dès 1885, qu'avait été lancé cet aphorisme resté célèbre : « Le drainage n'est qu'une erreur chirurgicale », qui vaut le mot d'Olshausen : « Le drainage n'est qu'une raillerie de notre asepsie. »

Depuis plus d'un an, notre maître s'est orienté vers la diminution et la suppression du drainage. C'est naturellement d'une façon progressive que s'est faite la marche dans ce sens-là. Peu à peu nous avons pu voir que là où on aurait pu discuter l'emploi d'un large Mikulicz, on pouvait sans inconvénient refermer le ventre.

---

(1) HOFMEIER, *Zent. f. Gyn.*, 1903.
(2) SIPPEL, *Zent.*, *f. Gyn.*, 1903.
(3) FEHLING, *Hegar's Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1903.
(4) DÖDERLEIN, *Ibid.*
(5) MARTIN, *Festchrift von Chrobak.* Wien 1904.
(6) KUSTNER, *Zeitschrift für die gesammten Gynäkologie*, 1905.

Dans un certain nombre de publications (1) sur ce sujet, nous avons fait connaître les idées de notre Maître, et nous avons cherché à démontrer, en apportant des faits, qu'on pouvait restreindre l'emploi du drainage.

Nous essaierons ici, dans un travail d'ensemble plus éclectique et plus documenté, de dégager quelles nous paraissent être, à l'heure actuelle, les indications et les contre-indications du drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique; mais, avant d'aborder ce chapitre fondamental, nous avons cru devoir étudier un certain nombre de points d'où nous paraissaient dépendre ces indications.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

I. Sur quelques propriétés du péritoine et sur ses moyens de défense;

II. Les matériaux de drainage, leurs propriétés, leur utilisation générale;

III. Les moyens de limiter l'emploi du drainage. Les perfectionnements des techniques modernes;

IV. Avantages et inconvénients du drainage;

V. Les indications.

Les faits qui nous ont servi de base, ce sont deux séries de laparotomies, dont une a été déjà publiée dans le *Lyon médical* : Du 15 août au 30 décembre 1905, 103 laparotomies pour affections gynécologiques, qui se décomposent ainsi :

21 kystes ou tumeurs annexielles avec morts : 2.

26 fibromes avec mort : 0.

13 cancers dont 3 récidives : 4.

21 pyo-salpinx — 0.

15 annexites non suppurées ou rétroversions (castrations subtotales, salpingectomies, libération d'adhérences, plicature des ligaments ronds) avec mort : 0.

6 grossesses extra-utérines, dont 2 non rompues, avec mort : 0.

1 collection abdominale suppurée d'origine et de nature difficile à déterminer, qui fut traitée par un drainage abdomino-vaginal. Il n'y avait aucune poche à extirper, c'était un foyer à ouvrir et à drainer.

Sur ces 102 laparotomies, nous avons 93 cas sans drainage intra-pé-

(1) VIOLET, *Société des sciences médicales de Lyon*, novembre 1905. — *Lyon médical*, 25 février 1906. — *Province médicale*. — IGONET, Thèse de Lyon, 1906.

ritonéal, 9 cas avec drainage par le vagin, ce qui fait une proportion de 8,82 p. 100 de cas drainés. Il s'agit, nous le faisons remarquer encore une fois, de drainages par le vagin, avec une simple mèche de gaze pliée en deux. *Le drainage abdominal n'a jamais été employé* dans ces cas.

La deuxième série va du 1er janvier au 30 juin 1906. Elle se compose de 140 laparotomies, sur lesquelles 120 seulement ont trait à des affections gynécologiques, parmi lesquelles :

20 castrations totales pour annexites suppurées.

6 salpingectomies pour salpingites suppurées avec conservation.

9 annexites non suppurées ou rétroversions simples, métrites.

35 néoplasmes.

21 fibromes.

5 hématocèles.

24 kystes ou tumeurs annexielles, soit 120 laparotomies avec 1 cas de drainage abdominal et 2 cas de drainage vaginal intra-péritonéal, ce qui fait une proportion de 2,5 p. 100 de cas drainés.

Au total, notre travail repose sur 222 laparotomies que nous avons analysées à ce point de vue:

45 kystes ou tumeurs annexielles.

47 fibromes.

48 néoplasmes.

47 annexites suppurées.

24 annexites non suppurées.

11 grossesses tubaires ou hématocèles.

Ces matériaux eussent été bien insuffisants pour aborder un travail de ce genre, qui exigeait, pour être conduit à bien, une longue expérience et une maturité au-dessus de la nôtre. C'est à la haute expérience de notre Maître que nous avons fait maintes fois appel ; et bien des idées qui sous la plume se présentent comme personnelles, ne sont que le fruit de longues conversations inconsciemment assimilées.

1° Sur quelques propriétés du péritoine et sur ses moyens de défense.

L'étude du péritoine, au point de vue de ses propriétés et de ses fonctions, n'est pas de date récente. Les travaux de Ranvier, de Tourneux et Hermann, de Dubois et Remy, d'Arloing et Toussaint, de Poncet, en France; de Heidenhain, de Cohnheim le jeune, de Hamburger, de

Muscatello, de Wegner, de Grawitz, de Reichel, en Allemagne ; de Waterhouse, de Clark et Norris, en Amérique, sont les plus importants.

Plus récemment, il faut mentionner les travaux de Milian (1), de Delbet (2), de Auché et Chavannaz (3), de Roger (4), de Charrin (5), de Heger (6), de Doyon et Petit-jean (7), de Doyon et Dubreuilh (8), pour ne citer que les principaux.

De cet ensemble de travaux se sont dégagées des notions essentielles, dont les applications cliniques et chirurgicales méritent d'être retenues.

Nous passerons rapidement en revue les propriétés défensives du péritoine, sans nous laisser entraîner en dehors des limites de notre travail, uniquement pour pouvoir donner un fondement anatomo-physiologique à cette discussion sur les indications du drainage du péritoine.

Parmi les propriétés de la séreuse péritonéale, quelques-unes nous intéressent davantage ; ce sont : 1° ses propriétés de résorption ; 2° de transsudation ; 3° de plasticité.

1° La puissance de *résorption* péritonéale est considérable. Dans une heure, un animal peut résorber jusqu'à 8 p. 100 de son poids. Par quelle voie et par quel mécanisme se fait cette résorption ? Les premiers travaux tendaient à faire admettre que cette résorption était dévolue uniquement aux lymphatiques et en particulier aux lymphatiques du diaphragme (Muscatello). Depuis, on a fait jouer un rôle tout au moins égal au grand épiploon, à ses cellules endothéliales et à ses amas lymphatiques. Enfin cette absorption se fait au niveau des capillaires sanguins en n'importe quel point de la surface séreuse. Tandis que les deux premiers éléments dépendent de l'activité leucocytaire ou cellulaire et du courant lymphatique normal du péritoine, le second dépend de facteurs biologiques plus simples : la diffusion et l'osmose, et la filtration par pression intra-péritonéale positive.

L'action d'*absorption* du péritoine s'exerce sur les liquides isotoniques, sur le sérum du sang, la lymphe et les liquides exsudés ; elle s'exerce également, mais par des voies différentes, sur des molécules minérales (sels), sur des substances plus complexes des tissus organisés,

(1) MILIAN, *Gazette des hôpitaux*, 1899.
(2) DELBET, *Acad. de médecine*, 1900.
(3) AUCHÉ, CHAVANNAZ. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1899.
(4) ROGER, *Soc. de Biologie*, 1898.
(5) CHARRIN, *Soc. de Biologie*, 1899.
(6) HEGER, *Archives internationales de physiologie*, 1904.
(7) DOYON et PETITJEAN, *Soc. de Biologie*, 1905.
(8) DOYON et DUBREUILH, *Soc. de Biologie*, 1905.

l'hémoglobine du sang, du tissu hépatique broyé (Doyon et Petitjean), des corps étrangers, les micro-organismes.

A côté de cette propriété de résorption, il faut en connaître une deuxième, qui va de pair avec la première et offre une très grande importance dans les cas pathologiques, c'est 2° le pouvoir *exsudatif ou transsudatif* du péritoine. A l'état physiologique, le péritoine se trouve recouvert sur toute sa surface d'une mince couche de liquide, suffisante pour l'humecter dans toute son étendue. Ce liquide, produit des feuillets péritonéaux, se résorbe et se renouvelle incessamment. Survient-il une irritation péritonéale, mécanique, chimique ou thermique, il se fait immédiatement une augmentation considérable de ce liquide : c'est un exsudat séreux.

Ce liquide péritonéal exsudé possède des propriétés antimicrobiennes, c'est-à-dire capables de tuer certains microbes ou de les empêcher de se développer. Nous savons que cette propriété existe vis-à-vis de la flore intestinale, mais qu'elle est faible ou même nulle pour les microbes de la suppuration (staphylocoques et streptocoques). Par quel mécanisme exactement se fait cette destruction des micro-organismes (bactériolyse de Pfeiffer, antitoxine de Behring) ? il est prématuré de le dire.

C'est cette exsudation péritonéale, d'abord séreuse, plus tard séro-fibrineuse, que l'on voit succéder à la simple hyperémie.

Grâce à ces deux propriétés réunies, résorption et exsudation, le péritoine arrive à se défendre contre les micro-organismes. Il est intéressant pour le chirurgien de savoir dans quelles conditions s'exerce au mieux cette action de défense.

Les expériences de Grawitz (1), de Reichel (2), de Pierre Delbet (3), de Waterhouse arrivent toutes à cette même conclusion : c'est que la stagnation des liquides favorise l'éclosion de la péritonite.

Des micro-organismes pyogènes peuvent être introduits dans le péritoine; s'ils n'y trouvent point de liquide stagnant formant bouillon de culture, ou si la séreuse n'est pas endommagée, la péritonite ne surviendra point.

Injecte-t-on une culture pure de staphylocoque pyogène doré ou de bacterium coli dans un péritoine normal de chien, il ne se produit aucune

(1) GRAWITZ, *Charité-Annalen*, Bd. II, 770.
(2) REICHEL, *Deutsche Zeitschr.*, 1890.
(3) P. DELBET, *Annales de Gynécologie*, 1891.

sécrétion péritonéale. Ces micro-organismes sont-ils injectés en même temps qu'un liquide indifférent, la résorption se fait avec rapidité. Cette résorption, par contre, se fait très lentement si avec les micro-organismes on injecte un bouillon de culture.

3° *Plasticité. Formation d'adhérences.* — Les séreuses et en particulier le péritoine ont la propriété de former des adhérences avec une extrême rapidité. Les formations adhésives se produisent par la desquamation endothéliale et l'accolement des couches sous-endothéliales (Ranvier).

Le point de départ de cette formation d'adhérences se trouve dans une irritation mécanique, chimique, thermique ou microbienne.

Des adhérences se forment-elles fatalement entre des surfaces séreuses et des surfaces dépéritonisées? C'est ce que la pathologie générale tendrait à nous faire admettre. L'expérimentation et certaines vérifications opératoires ou anatomo-pathologiques nous montrent qu'il existe des exceptions (1).

Cette plasticité du péritoine varie d'ailleurs suivant l'état de ce péritoine au moment de l'intervention. Le pouvoir adhésif de la séreuse se trouve augmenté lorsque celle-ci est déjà irritée.

Notre maître M. le professeur Aug. Pollosson insiste sur ce fait: *c'est que, parmi les péritoines qui ont été le siège d'irritations antérieures à l'opération, les uns ont manifesté déjà des tendances adhésives; ils réagiront après l'opération, en favorisant d'une manière manifeste les processus de cloisonnement; les autres ont réagi par les sécrétions liquides, parfois visqueuses, ou encore séro-hématiques; dans ces cas aucune tendance adhésive ne s'est manifestée avant l'opération; ces péritoines réagiront mal et les processus de cloisonnement seront retardés ou insuffisants.*

Les processus adhésifs varient aussi suivant la nature et le degré de virulence des microbes infectieux.

A côté des péritoines à *plasticité exagérée* (inflammation antérieure, tuberculose péritonéale) ou à plasticité normale, il est très important de connaître les péritoines à *plasticité diminuée*. Cette perte ou cette diminution du pouvoir adhésif du péritoine est bien connue en chirurgie générale. Bien des chirurgiens ont eu des accidents tardifs, dans des sutures intestinales faites avec un bouton anastomotique. Dans cette

---

(1) PONCET, *Soc. des sciences méd.*, 1903. — KUSTNER, *Centr. f. Gynäk.*, 1896.

technique, en effet, on n'utilise que les propriétés d'adhérence de la séreuse. Chez des malades cachectiques, dans des cas de tumeurs malignes, dans des péritoines contenant une certaine quantité d'ascite néoplasique, il est arrivé de voir des accidents tardifs, du quatrième au dixième jour. A l'autopsie on trouvait le bouton de Murphy en plein péritoine, et les deux surfaces anastomosées séparées l'une de l'autre.

En chirurgie gynécologique il faut connaître *cette diminution de la plasticité du péritoine dans les cas de tumeurs ovariennes avec ascite.*

Augmentation de la résistance du péritoine contre l'infection. — Mikulicz et Myake ont entrepris dans une série d'expériences d'augmenter la résistance de l'organisme par une hyperleucocytose artificielle. Ils recommandaient, à cet effet, la veille de l'opération, une injection sous-cutanée de nucléine à 2 p. 100 (50 centimètres cubes). Cette injection augmentait les leucocytes dans une proportion d'un tiers, de 10.000 à 15.000. Ceci avait été, d'autre part, vérifié au préalable sur des personnes non opérées. L'injection était douloureuse et les résultats douteux, étant donné les suites opératoires excellentes qu'on a actuellement avec l'asepsie.

Myake, plus tard Santa-Salieri à la clinique de Mikulicz, cherchèrent à déterminer cette hyperleucocytose par injections de sérum artificiel dans la cavité péritonéale. Chez des cobayes, Santa-Salieri injecte de petites quantités de sérum artificiel et constate que la résistance du péritoine à l'infection coli-bacillaire s'est accrue dans une proportion considérable (de 7 à 16 fois plus). Mikulicz vint à conseiller après opération abdominale un lavage à faible pression (20 à 30 centimètres cubes d'eau) avec du sérum artificiel.

Conclusion. — *Grâce à ses propriétés, le péritoine peut : 1° résorber les liquides qui peuvent exsuder après une intervention ou qui y sont précédemment ; 2° se défendre contre les micro-organismes ; 3° limiter les infections contre lesquelles il n'a pu se défendre par absorption.*

2° Matériaux de drainage. Leurs propriétés. Leur utilisation générale.

Actuellement, le matériel qu'on emploie comme drainage s'est bien simplifié. Le drain en caoutchouc largement fenestré, la mèche de gaze ont seuls subsisté. Le drain peut être employé soit seul, soit entouré de gaze. Dans la thèse de Pamard, M. Walther préconise le procédé dit de

la tente et du drain. qui n'est qu'une association de mèches de gaze étalées soigneusement sur une surface saignante ou suspecte d'infection, limitant la grande cavité péritonéale par en haut et laissant au-dessous un espace dans lequel on laisse un drain.

On peut introduire la gaze dans le drain : c'est l'ancien procédé de Kehrer, qui plaçait des mèches, analogues à nos mèches de lampe, dans la lumière d'un drain en verre; l'association du drain et de la gaze est réalisée dans bien des cas.

M. le professeur Auguste Pollosson, dans la thèse de son élève Vergne, puis dans la thèse de Carle, conseillait d'ajouter à un tamponnement à la Mikulicz, qui devait laisser après son ablation une cavité infectée, un drain abdomino-vaginal.

Le drain de caoutchouc largement fenestré peut avoir une longueur de 35 centimètres, avec 2 centimètres de diamètre. Il peut être stérilisé soit à l'autoclave, conservé dans un tube de verre soit stérilisé par l'ébullition au moment de s'en servir.

On avait employé des drains en verre (Kœberlé), des drains en os décalcifié. Delagénière (*Bull. Société de chirurgie*, 1898) préconise un tube en nickel percé de trous dans sa moitié inférieure. Le diamètre du tube est de 15 millimètres, destiné à recevoir dans son intérieur une mèche de coton hydrophile

La gaze peut être disposée sous forme de mèche isolée, suivant l'étendue de la surface à exclure ou à tamponner : on emploie un plus grand nombre de mèches dont on laisse un chef à la surface extérieure. Au lieu de mèches, longues lanières de gaze de 60 à 80 centimètres, on peut employer des compresses. Compresses ou mèches peuvent être disposées sous forme du type bien connu (tamponnement à la Mikulicz), il suffit d'avoir en plus ce qu'on appelle le sac de Mikulicz, qui n'est qu'une compresse étalée, fixée en son milieu par un fil de soie qu'on laisse en dedans.

Nous n'insisterons d'ailleurs point sur la façon dont on dispose ce tamponnement, renvoyant pour cela aux traités classiques (Pozzi).

De toute façon, la gaze stérilisée à sec à l'autoclave est suffisante, elle a remplacé avantageusement la gaze antiseptique, gaze iodoformée, salolée, naphtolée, etc.

Leurs propriétés. — Le drain est destiné à évacuer rapidement les liquides amassés dans une poche, dans une cavité limitée. Il exige, pour bien fonctionner, un calibre suffisant, des ouvertures latérales nom-

breuses, il faut enfin qu'il soit au point déclive. Dans la cavité abdominale, cette dernière condition est moins nécessaire, parce qu'il existe une pression toujours positive. En second lieu, on peut remédier à l'absence de déclivité par l'aspiration. Lawson Tait, Kœberlé, faisaient l'aspiration des liquides stagnants par la lumière du drain, au moyen d'un petit aspirateur formé d'un tube de verre, d'un réservoir et d'un tube en caoutchouc. Ce procédé a survécu dans la technique de plusieurs chirurgiens.

Le drain est-il placé dans le cul-de-sac postérieur (drainage vaginal — drainage abdomino-vaginal), il se trouve au point le plus déclive: l'écoulement des liquides sera favorisé par la pesanteur. Il n'en est pas de même lorsqu'on place un drain dans l'angle inférieur de la plaie abdominale plongeant dans le Douglas. Dans ces cas-là, il convient de venir en aide à la pression abdominale, soit par l'aspiration, soit par la capillarité. Il suffit en effet d'ajouter au drain, soit à son extérieur, soit à son intérieur, de la gaze, pour avoir une nouvelle force de drainage: la capillarité. Mais c'est entrer dans l'étude des propriétés de la gaze, que nous étudierons tout à l'heure; toutefois le drain, qui a une supériorité incontestable lorsqu'il s'agit d'évacuer rapidement les liquides accumulés dans une poche enkystée, *fonctionne moins bien dans le péritoine que dans le tissu cellulaire.*

Les reproches qu'on a faits au drainage tubulaire ont été groupés et repris par P. Delbet dans un travail paru dans les *Annales de gynécologie*, 1890. Cet auteur introduit dans la cavité abdominale d'un chien une certaine quantité de sérum artificiel, puis place un drain au niveau de l'ouverture de la laparotomie. Il est étonné de voir que le liquide intra-péritonéal ne ressort pas par la lumière du drain, ou sort en bien petite quantité et que l'augmentation de la pression abdominale par pressions extérieures, ou par introduction de nouvelle quantité de liquide, est tout aussi négative. Ces faits restèrent les mêmes dans une série d'expériences.

P. Delbet démontra de plus, *qu'au bout de quarante-huit heures, le drain était entièrement séquestré, isolé de la grande cavité péritonéale.* Des adhérences s'étaient formées tout autour du drain, comme autour de tout corps étranger: il ne drainait que le mince canal formé autour de lui.

Pour expliquer le premier fait quelque peu paradoxal, qu'un drain placé en plein péritoine, au milieu des anses intestinales, n'a aucune action de drainage, il faut admettre que, par suite de la pression abdo-

minale, les anses intestinales viennent s'accoler au niveau des ouvertures du drain et les obturent. Ceci a été, depuis, parfaitement mis en évidence.

Dans la thèse de son élève Vergne, M. le professeur Auguste Pollosson exposait ces idées et déclarait ne pas comprendre l'utilisation du drain isolé en plein péritoine, et *réservait son emploi pour les cavités de cloisonnement préformées ou créées artificiellement à l'aide de la gaze.*

Propriétés de la gaze. — C'est une des principales propriétés de la gaze que de faciliter *le cloisonnement ;* à cette propriété elle ajoute celle *d'être un excellent drain* et d'être *hémostatique.*

L'action cloisonnante de la gaze. — La première propriété de la gaze est celle de déterminer des adhérences à son niveau dans le péritoine. Elle agit comme corps étranger et détermine autour d'elle un exsudat plastique qui s'épaissit et s'organise rapidement, au point de former des barrières très solides.

D'aucuns ont prétendu que les barrières que détermine la gaze autour du péritoine sont immédiates. Appliquée sur une anse intestinale recouverte de son péritoine, elle y imprime son quadrillé. L'endothélium péritonéal est lésé. En soulevant la gaze pour la détacher, on s'aperçoit que déjà elle a adhéré à l'intestin. La portion d'intestin correspondante est dès lors immobilisée. Lorsque l'on entreprend une intervention dans laquelle on s'attend à un pus très infectieux, il serait bon d'établir ainsi une série de couches de compresses, en se disant que les plus profondes d'entre elles formeront les couches les plus externes du tamponnement à la Mikulicz. Une compresse appliquée sur les intestins forme une barrière immédiate qui est à respecter, si l'on veut utiliser dans toute sa rigueur la propriété cloisonnante de la gaze. Les chirurgiens qui, au cours de l'intervention, changent toutes les compresses, n'utilisent que les propriétés absorbantes de la gaze. Aussi lorsqu'ils disent qu'il n'existe aucun moyen de localiser l'infection, de l'empêcher de s'étendre à tout le péritoine, nous croyons devoir protester et dire que la gaze appliquée sur la surface péritonéale d'une façon préventive forme une barrière immédiate et suffisante. Cette propriété est bien mise en relief dans un certain nombre d'interventions abdominales du domaine de la chirurgie générale. C'est ainsi que dans les appendicites postérieures, qu'on est obligé d'inciser à travers un péritoine sain, on se contente de limiter le foyer en haut et en dedans du côté du péritoine libre avec quelques compresses de gaze. Dans ces cas, il peut être plus prudent, de l'avis de cer-

tains chirurgiens, d'attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures avant d'inciser l'abcès pour permettre aux adhérences péritonéales de se constituer d'une façon solide. L'inutilité de cette précaution est démontrée par l'expérience. Le pus de ces foyers appendiculaires est, comme on le sait, très virulent. A la faveur d'un cloisonnement immédiat à la gaze, ces foyers peuvent être incisés à travers le péritoine libre.

A cet exemple on pourrait en ajouter bien d'autres, c'est ainsi que l'on procède en chirurgie biliaire ; les collections vésiculaires, cystiques, hépatiques sont incisées après avoir simplement glissé quelques lanières de gaze, destinées à limiter le champ opératoire par en bas.

Dans la création d'une fistule stercorale, on peut se contenter d'entourer l'intestin avec la gaze après avoir fixé l'anse simplement par un point. Le contenu intestinal sera conduit au dehors sans qu'on ait à craindre d'infection péritonéale.

Dans un cas de kyste hydatique suppuré du rein abordé par l'abdomen, M. le professeur Auguste Pollosson, après avoir circonscrit la surface péritonéale de la poche avec une couronne de compresses reliant le péritoine postérieur à la paroi abdominale antérieure, a pu observer l'écoulement de l'urine par l'abdomen au milieu des mèches de gaze, sans infection du péritoine (1).

La gaze cloisonne immédiatement ; voilà un fait acquis. Par sa présence, elle détermine au niveau du péritoine une exsudation plastique qui s'organise peu à peu. Huit jours après au plus tard, les surfaces péritonéales dont l'endothélium a disparu se trouvent être représentées par un tissu de granulations formant des barrières très solides et permettant d'exclure d'une façon parfaite la cavité tamponnée du reste de la grande cavité péritonéale.

La gaze draine par capillarité. Les propriétés physiques de ce mode de drainage. — A cette propriété de cloisonnement, à ce pouvoir de créer des adhérences formant une barrière aux cavités infectées, la gaze joint l'office d'un bon drain. C'est à ses qualités physiques qu'elle le doit, à sa porosité, à sa perméabilité. On sait, en effet, qu'un corps poreux, en contact avec un milieu liquide, se laisse imbiber. Son imbibition est d'autant plus facile que sa perméabilité est plus grande. Il s'établira un courant allant du liquide vers la partie supérieure de la gaze, courant d'autant plus rapide que l'évaporation est plus grande. On

(1) TABAR, *Kyste hyd. du rein. Cloisonnement transpéritonéal.* Thèse de Lyon.

conçoit que plus la surface d'évaporation de la gaze sera grande, mieux le drainage s'opérera, et qu'à cet égard, la supériorité de la gaze est incontestable.

Si l'on considère les mèches agissant en qualité de drain, il est à désirer qu'au niveau de l'orifice abdominal les mèches représentent une section aussi large que dans la profondeur. Si, au contraire, on procède comme on le fait d'ordinaire dans l'utilisation du drainage à la Mikulicz, en remplissant un sac avec des mèches repliées dans la profondeur et dont l'extrémité seulement apparaît à l'orifice abdominal, la puissance de filtration est en raison directe de la section de l'orifice de sortie des mèches au niveau de l'abdomen.

C'est par capillarité que s'opère le drainage. Pour se rendre compte de la valeur du drainage à la gaze, il suffit d'assister au premier pansement d'une malade à qui on a placé un Mikulicz. Il se produit dans les premières quarante-huit heures, et quelquefois pendant trois ou quatre jours, une sécrétion très abondante, qui exige le renouvellement fréquent des pansements extérieurs. Toutefois, au bout d'un certain temps, *la gaze se trouve saturée, le mouvement d'exosmose s'arrête ;* l'orifice de sortie du tamponnement étant trop étroit par rapport à la surface d'étalement des mèches, *il se produit de la rétention*. Dès lors, *le mouvement des liquides ne se faisant plus de dedans en dehors, l'infection secondaire peut se développer avec facilité.*

Aussi convient-il de surveiller avec attention le moment de retirer les mèches de drainage dès que le courant de sécrétion est interrompu. Derrière les mèches, en effet, il va se faire de la rétention, cette rétention aseptique peut être rapidement transformée en pus par infection secondaire ascendante, à moins qu'il ne s'agisse d'une rétention septique d'emblée, lorsqu'il s'agit de drainage de portion déjà infectée

Hémostase. — Quant à ses qualités *hémostatiques*, c'est un fait bien démontré que la gaze en tampons bien serrés est excellente pour arrêter une hémorragie. Au point de vue hémostatique, le tamponnement à la gaze reste, en chirurgie abdominale, comme un des meilleurs moyens et peut être mis en parallèle avec la thermo-cautérisation, avec des applications hémostatiques de substances coagulantes ; peut-être même le tamponnement est-il supérieur aux autres moyens. Pour des hémorragies en nappe dans les surfaces étendues, l'hémostase ne peut être réalisée que par la compression. La gaze représente pour cela un matériel très sûr.

Conclusion. — Nous avons donc dans les matériaux du drainage pris

au sens le plus étendu du mot : 1° Un excellent moyen hémostatique : la gaze;

2° Un excellent agent de cloisonnement : la gaze.

3° Pour l'évacuation des liquides (drainage proprement dit), nous disons que le drain placé en plein péritoine au milieu des anses intestinales draine mal; qu'au bout de 48 heures, il ne draine plus du tout. (P. Delbet.) La gaze draine par capillarité ; toutefois, dès qu'elle est saturée, ce qui arrive rapidement, elle favorise, au contraire, *la rétention*, *l'infection ascendante*.

3° Les moyens de limiter l'emploi du drainage. Les perfectionnements des techniques modernes.

Marion Sims ayant observé que les opérées qui mouraient de péritonite présentaient, à une phase précoce, un exsudat abondant dans le pelvis, eut l'idée que cet exsudat était capable de favoriser le développement des micro-organismes et de faciliter l'extension de l'infection. Tel fut le point de départ du drainage prophylactique du péritoine.

Sur ce sujet il faut distinguer deux sortes de cas : ceux dans lesquels aucune surface cruentée n'a été laissée dans l'abdomen, de ceux dans lesquels il est possible qu'un exsudat provenant des surfaces dépéritonisées vienne se collecter au point le plus déclive : dans le Douglas.

Dans le premier cas, il faut bien savoir que s'il se forme un exsudat, il est le produit d'une irritation péritonéale, d'une infection déjà existante, dont la gravité dépend uniquement de la virulence du micro-organisme qui en est le point de départ.

Dans le second cas, cette exsudation est indépendante de l'infection; elle provient tout naturellement de ces surfaces dépéritonisées qui vont laisser écouler de la lymphe et du sang en quantité plus ou moins grande. Cet épanchement intra-péritonéal stagnant dans le Douglas peut être le point de départ d'une infection mortelle. Il va servir de bouillon de culture à des micro-organismes, c'est-à-dire que ceux-ci vont se multiplier, exalter leur virulence, alors qu'ils eussent été sans danger si cette condition favorable ne s'était point rencontrée. Ceci découle, en effet, des expériences de Grawitz, Reichel, P. Delbet, que nous avons rapportées dans notre premier chapitre. La conclusion, *c'est qu'il faut éviter la production ou la stagnation de cet exsudat intra-péritonéal ou bien l'arrivée des micro-organismes*. Puisque l'étincelle qui peut mettre le feu à tout le péritoine jaillit du contact des micro-organismes et de l'épanchement intra-périto-

néal formant bouillon de culture, *il faut supprimer au moins l'un ou l'autre à défaut de l'un et de l'autre.*

Les micro-organismes peuvent être de provenance exogène ou endogène. De ces deux origines, *la plus à craindre est sans contredit l'origine externe.* Cette importation de microbes dépend uniquement de l'asepsie.

Nous étudierons donc tour à tour les moyens de prévenir l'arrivée des micro-organismes, et ceux d'empêcher la formation ou la stagnation des exsudats intra-péritonéaux.

1° **Asepsie.** — Contre les infections d'origine exogène nous avons *l'asepsie.* C'est là le premier des facteurs de la limitation de l'emploi du drainage.

La substitution de l'asepsie à l'antisepsie a marqué un grand progrès en chirurgie abdominale. Tous les antiseptiques irritent le péritoine, traumatisent l'endothélium de revêtement, favorisent la production des exsudats (1).

L'asepsie est constituée par un ensemble de précautions acquises depuis longtemps qu'il serait oiseux de reprendre aujourd'hui, sur lesquelles tout le monde est d'accord, et de pratiques plus nouvelles qui paraissent exagérées et superflues aux uns, de première importance pour d'autres.

Notre maître, M. le professeur Auguste Pollosson, croit que, quelque minutieuse et quelque exagérée que puisse paraître telle ou telle précaution d'asepsie, rien de ce qui peut paraître une amélioration, si petite soit-elle, ne doit être rejeté.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler l'ensemble des mesures d'asepsie que nous considérons comme nécessaires. Il est bien certain qu'à l'heure actuelle l'ensemble des précautions qui constituent l'asepsie « absolue » sont bien loin de celles que comportait l'asepsie relative du passé. Vouloir entrer dans cette description nous entraînerait hors du cadre de notre sujet; mais répétons encore une fois que *la première précaution dont est facteur la limitation de cet emploi du drainage, c'est l'asepsie.*

2° **Protection du péritoine.** — La deuxième précaution, c'est *la protection du péritoine et des anses intestinales contre l'irruption de contenus septiques endogènes.* Cette protection est facile en chirurgie gynécologique depuis l'utilisation du plan incliné.

(1) Pierre Delbet, L'action des antiseptiques sur le péritoine. *Acad. de méd.*, 1900.

Du pus, des matières fécales, de l'urine, un contenu de kyste infecté se sont répandus sur le champ opératoire. Ce n'est rien si ces liquides ont été immédiatement absorbés par des compresses, si le reste du péritoine est protégé et que rien de ces liquides infectieux n'ait gagné le péritoine libre. C'est ce que nous savons tous les jours par expérience de la chirurgie gastrique et intestinale, où on peut attirer le plus souvent les organes au-dehors et entourer la zone opératoire de plusieurs lits de compresses. En chirurgie gynécologique, on peut protéger les anses intestinales ; le péritoine du petit bassin reste en grande partie dans ses parties latérales exposé à la contamination.

3° **Thermocautérisation.** — Le troisième point important c'est la thermocautérisation des surfaces infectieuses qu'on est obligé d'abandonner dans le petit bassin. Laisse-t-on dans l'abdomen, à la fin d'une laparotomie, un morceau de paroi de trompe suppurée, de kyste infecté ; se trouve-t-on, après décortication de masses annexielles adhérentes, en présence de surfaces dépéritonisées, cruentées, et sur lesquelles les contenus septiques sont venus se déverser ? Que convient-il de faire ? C'était pour ces cas que le cloisonnement à la gaze paraissait indiqué. C'est dans ces cas que le tamponnement à la Mikulicz a été le plus souvent pratiqué (Todtes Ramnes). La thermocautérisation de ces surfaces est considérée par certains chirurgiens comme suffisante à les stériliser.

Les trois points que nous avons envisagés jusqu'à présent ont pour but d'éviter l'arrivée des micro-organismes dans le péritoine et au niveau des exsudats s'il doit s'en former ; ceux que nous allons étudier maintenant tendent à éviter la formation ou la stagnation de ces exsudats ; ce sont :

1° La péritonisation des surfaces cruentées ;

2° L'exclusion des surfaces cruentées ou infectées avec drainage vaginal de la zone exclue après hystérectomie.

4° **La péritonisation.** — La péritonisation ou autoplastie péritonéale consiste à recouvrir de péritoine une surface de la cavité abdominale qui en a été dépouillée par les nécessités de l'exérèse. Grâce à elle, on peut rétablir la continuité séreuse de la cavité péritonéale. Il est difficile de dire à qui revient le mérite de cette idée. M. Quénu (1) en fait remonter le mérite à Chrobak qui, dès 1891, terminait l'amputation supra-vaginale de l'utérus en rabattant par-dessus le moignon deux lambeaux qu'il avait

(1) Quénu, Note historique sur la péritonisation. *Bull. Soc. de chirurgie*, 1903.

taillés aux dépens du revêtement péritonéal de l'utérus ou de la tumeur utérine. Toutefois, nous devons distinguer sur ce sujet : 1° la péritonisation simple des pédicules ; 2° la péritonisation par suture des deux feuillets antérieur et postérieur du ligament large après castrations totales ou salpingectomies ; 3° la péritonisation par glissement du feuillet antérieur.

La péritonisation simple des pédicules a été faite tout d'abord par Chrobak (1) en 1891 sur le moignon de l'hystérectomie supra-vaginale.

En 1893, Richelot, au Congrès de chirurgie, préconisait une conduite à peu près voisine et proposait de rabattre le feuillet péritonéal antérieur sur le pédicule utérin.

En 1895, Condamin (2) écrivait un article où il exposait les idées de son maître M. Laroyenne sur la péritonisation des pédicules comme moyen préventif de certaines occlusions post-opératoires.

La péritonisation par suture des deux feuillets antérieur et postérieur du ligament large fut mise en pratique par Kelly, par Delagenière (3), les promoteurs de la castration totale par voie abdominale. Elle fut surtout réglementée par Pierre Delbet (4), à qui nous devons l'abandon des gros pédicules, l'hémostase par ligature isolée des artères de la région, et la suture des feuillets antérieur et postérieur du ligament large. Cette façon de faire fut acceptée par la majorité des chirurgiens, Terrier, Hartmann, etc.

M. le professeur Terrier avait depuis longtemps formulé le principe « qu'il ne devait rester aucune surface *dépéritonisée* dans l'abdomen » (5).

La péritonisation par glissement du feuillet antérieur qu'on vient suturer plus ou moins haut au rectum ou à l'S iliaque a été pratiquée tout d'abord par Chaput (6). Cet auteur termina ainsi une hystérectomie pour annexites suppurées, au cours de laquelle s'était produite une blessure du rectum, difficile à suturer. Pour éviter des complications péritonéales et pour dériver la fistule intestinale du côté du vagin, Chaput pratiqua l'exclusion du petit bassin à l'aide du volet péritonéal ante-utérin venant plafonner la zone exclue.

---

(1) Chrobak, *Centr. f. Gynäk.*, 1891.
(2) Condamin, *Lyon médical*, 1894.
(3) Delagenière, *Congrès de Genève*, 1896.
(4) Pierre Delbet, *Congrès de chirurgie*, 1896.
(5) Terrier et Hartmann, *Chirurgie de l'estomac*. Paris, G. Steinheil, 1899.
(6) Chaput, *Bulletin de la Société anatomique*, 1894.

Ce n'est qu'en 1896, qu'apparaît le mémoire de Bliessener, un assistant de Bardenheuer, sur cette même technique (1).

Nous reviendrons plus amplement sur cette façon de procéder dans le paragraphe suivant au sujet de l'hystérectomie totale et de l'exclusion du petit bassin.

Rappelons en terminant, au sujet de la péritonisation, les recherches de Duret (2) sur les autoplasties séreuses par mobilisation des feuillets péritonéaux voisins et celles de Loewy (3) sur les greffes épiploïques.

5° L'hystérectomie totale, l'exclusion des surfaces infectées et le drainage vaginal ou péritonéal de la zone exclue. — Un des artifices de péritonisation qui a gagné le plus de terrain, dans les cas graves, en chirurgie gynécologique est sans contredit l'exclusion du pelvis à l'aide du feuillet antérieur du ligament large.

Dans certains cas de castration totale pour annexites suppurées, dans lesquels on a laissé de larges espaces décollés dans le Douglas et sur les parties latérales du bassin, on peut, au cours de l'hystérectomie, ménager soigneusement le feuillet antérieur utéro-vésical, qu'on suturera au péritoine pariétal postérieur à la partie supérieure du rectum ou à l'S iliaque, isolant ainsi du grand péritoine les surfaces cruentées du petit bassin, qu'on pourra transformer et drainer par la large brèche vaginale de l'hystérectomie totale. Les noms de Chaput, de Bardenheuer, de Terrier, de Hartmann, de Quénu, de Amann, de Jonnesco s'attachent à cette technique.

Pour l'utilisation de ce procédé, il suffit que le cul-de-sac anté-utérin soit respecté par les lésions annexielles, de façon à ce que le péritoine utéro-vésical soit intact. Dans les cas d'annexites anté-utérines, ce procédé devient plus difficilement utilisable. Mais on sait que dans la majorité des cas c'est dans le Douglas que siègent les trompes prolabées.

Dans ce procédé, l'exclusion n'est toutefois pas parfaite : la zone exclue communique avec la grande cavité péritonéale de chaque côté du rectum. Pour obvier à ce défaut, on peut inciser à ce niveau le feuillet pariétal du péritoine de chaque côté du rectum, disséquer la lèvre supérieure de l'incision, qu'on pourra suturer au feuillet antérieur utéro-vésical.

Cette manière de terminer ne va guère qu'avec l'hystérectomie totale,

(1) Voyez Hartmann, *Société de chirurgie*, 1903.
(2) Duret, *Congrès d'Amsterdam*, 1899.
(3) Loewy, Thèse de Paris, 1901.

qui seule permet la mobilisation large du feuillet péritonéal antérieur et assure une ouverture inférieure suffisante. Après l'hystérectomie subtotale, on peut drainer cet espace exclu à l'aide d'une incision de la paroi vaginale postérieure au point le plus déclive du Douglas ; l'ouverture est toutefois insuffisante et a trop de tendance à se refermer rapidement.

Bardenheuer, puis Mackenrodt recommandent la pratique suivante. Au lieu d'ouvrir l'abdomen par une incision longitudinale, ils pratiquent une incision curviligne intéressant la peau, l'aponévrose et les muscles droits, puis le péritoine pariétal antérieur est ouvert le plus bas possible. Celui-ci est décollé de la paroi abdominale, de manière à former un volet mobile assez étendu pour pouvoir être suturé au péritoine pariétal postérieur disséqué sur les parois latérales du bassin et sur le rectum. Dans la technique de M. Mackenrodt l'exclusion du pelvis se trouve réalisée dès le commencement de l'opération ; il la réserve à la chirurgie du cancer de l'utérus.

Disons encore à la fin de ce chapitre qu'on a proposé d'éviter la stagnation des exsudats dont on ne peut empêcher la formation, en mettant les opérées en position de Trendelemburg de suite après la laparotomie.

Cette dernière condition favorisante est pratiquée surtout en Amérique (1). Pour éviter la stagnation des liquides dans le Douglas, on place les malades en position inclinée pendant les huit premières heures qui suivent l'opération. Les exsudats se répandent alors dans tout le péritoine, baignent le grand épiploon qui les arrête, ou vont se rassembler au niveau de la région diaphragmatique qui présente le maximum de puissance d'absorption.

Reste alors à favoriser leur élimination, ce qui s'obtient par l'absorption concomitante d'une grande quantité de sérum artificiel versé dans le péritoine à la fin de l'intervention.

Conclusion. — A la fin d'une laparotomie pour des lésions utérines ou annexielles, on peut terminer soit :

1° Par un Mikulicz abdominal, avec ou sans drainage abdomino-vaginal ;

2° Par un drainage vaginal intra-péritonéal ;

---

(1) Burrage, Some results of the porst. meth. of draining the perit. cavity after abd. oper., 1898, Boston.

3° Par un drainage vaginal sous-péritonéal après péritonisation du pelvis;

4° On peut terminer sans aucun drainage.

Avec les progrès de l'asepsie et les perfectionnements de l'hémostase, on peut de plus en plus se passer de drainage intra-péritonéal.

Les bons résultats que nous avons eus dans une première série (*Lyon médical*, février 1906) sont venus encourager cette pratique, et alors que, dans une première série de 102 laparotomies, du 15 août au 30 décembre, nous avons 93 cas sans drainage intra-péritonéal, 9 cas avec drainage par le vagin, ce qui fait du 8,82 p. 100 de cas drainés; dans une deuxième série de 120 laparotomies, du 1er janvier au 30 juin, nous avons 1 cas de drainage abdominal à la Mikulicz (cancer du col arraché au cours de l'intervention; opération incomplète) et 2 cas seulement de drainage par le vagin sans péritonisation par-dessus la compresse de drainage, ce qui fait du 2,5 p. 100 de cas drainés.

Avantages et inconvénients du drainage.

Les avantages et les inconvénients du drainage ne sont pas à mettre en parallèle. Tant que le drainage a été considéré comme indispensable, on a pu le considérer comme un mal, mais comme *un mal nécessaire.* Guérir avec une éventration, une fistule, ce n'était rien lorsqu'il s'agissait de sauver la vie de la malade et que seul le tamponnement isolateur ou le drainage apparaissait comme la planche de salut.

Le jour où il a été reconnu que ce drainage, au lieu d'être un mal nécessaire, était une précaution de luxe, on a pu s'efforcer de démontrer en effet qu'il était un mal.

Les promoteurs du drainage après les laparotomies lui attribuaient la vertu de prévenir l'infection ou de la limiter. Les faits ne sont pas venus démontrer suffisamment la vérité de cette opinion. Lorsqu'il s'agit d'une infection grave, rien n'en arrête l'évolution. Nous ne voulons point apporter ici des observations de septicémies péritonéales, de péritonite évoluant en quatre jours malgré un tamponnement à la Mikulicz. Des observations de ce genre ne manquent pas.

D'ailleurs la pratique du drainage n'est pas née de cette conception.

Dans la chirurgie du tissu cellulaire comme dans celle du péritoine, le drainage prophylactique n'a été qu'un enfant des mauvais résultats.

A mesure que l'antisepsie gagna du terrain, puis céda la place à l'asepsie, on vit les résultats s'améliorer et le drainage apparaître comme superflu.

Nous avons vu au chapitre précédent que par une asepsie rigoureuse on pouvait éviter l'introduction dans le champ opératoire des micro-organismes dangereux et que, grâce à certains perfectionnements de technique, on pouvait prévenir la formation des exsudats intra-péritonéaux. Mais, disent les partisans du drainage, l'asepsie n'est-elle pas un idéal dont on se rapproche plus ou moins sans jamais l'atteindre? Dans ce cas est-il prudent d'abandonner à la seule puissance de résorption péritonéale les exsudats et les micro-organismes laissés dans le pelvis? N'est-il pas plus prudent de drainer? N'est-ce pas aller au-devant de remords s'il survient un cataclysme après une fermeture complète de l'abdomen dans un cas analogue?

Si à l'autopsie on trouve une septicémie péritonéale, le chirurgien peut bien chercher ailleurs que dans une absence de drainage la cause de la septicémie; mais si l'on est en présence d'une péritonite suppurée avec maximum dans le pelvis et que les symptômes puissent concorder avec une diffusion d'une pelvi-péritonite de début, n'est-on pas en droit de penser qu'un drainage prophylactique aurait peut-être sauvé la vie de la malade et sûrement mis le chirurgien à l'abri du remords ?

Pratiquement, il se trouve que, s'il s'agit d'une infection peu septique, l'organisme est susceptible de se défendre et que la réaction péritonéale de défense, si elle doit être victorieuse, le sera tout aussi bien sans drainage. Pour étayer cette affirmation, nous apportons des faits qu'on trouvera plus loin, au chapitre des indications. Passons maintenant aux inconvénients du drainage.

Les principaux inconvénients du drainage sont les suivants:

1° Dans certains cas, le drainage à la gaze favorise la rétention des liquides, au lieu d'en assurer l'évacuation ;

2° L'ablation du drainage à la Mikulicz est douloureuse. Elle exige quelquefois une seconde anesthésie.

Ces inconvénients concernent surtout les suites opératoires;

3° La convalescence est retardée ;

4° Les fistules persistent au niveau du trajet;

On a signalé :

5° Des fistules stercorales;

6° Des hémorragies secondaires;

7° Des embolies lors du changement des drains ;

8° Des occlusions post-opératoires;

9° Des adhérences douloureuses;

10° L'éventration survient dans 50 p. 100 des cas de drainage à la Mikulicz;

11° On peut observer l'infection secondaire de la cavité du drainage, et parfois même l'extension de cette infection jusqu'au péritoine, lorsque les adhérences cloisonnantes sont insuffisantes.

C'est à peu près les reproches que formule Kelly (*Operative Gynäkology*).

D'entre ces inconvénients, quelques-uns méritent simplement d'être énoncés; d'autres nécessitent une démonstration un peu plus complète par les faits. Nous insisterons sur la rétention par les matériaux de drainage, l'éventration, l'infection secondaire.

1° **Rétention par les matériaux du drainage.** — Dans certains cas, le drainage favorise la rétention des liquides, au lieu d'en assurer l'évacuation.

Ceci est vrai surtout pour le drainage à la gaze. Cela a été un des principaux reproches qu'on a fait au tamponnement à la Mikulicz. A une époque où son emploi était très fréquent, on savait parfaitement qu'une élévation progressive de la température était une indication formelle de l'ablation des mèches et un indice de rétention derrière les mèches de drainage. Il n'était pas rare de voir, lorsqu'on retirait la gaze, s'écouler brusquement une assez grande quantité de liquides. Mikulicz faisait remarquer toutefois que cet inconvénient tenait à ce que le tamponnement avait été mal placé. C'est que les mèches n'avaient point été glissées dans les différents décollements; c'est qu'on avait laissé entre la gaze et les parois à tamponner un espace où pouvaient s'accumuler les sécrétions.

Cet accident dans l'emploi du drainage mérite toutefois d'être bien mis en relief. Étant donné sa fréquence, nous n'avons peut-être pas besoin d'y insister. Il suffit de se rapporter aux premières discussions qui eurent lieu au sujet de l'emploi du Mikulicz pour en trouver des exemples. (Kustner, *Centr. f. Gyn.*, 1885. *Société de Chirurgie de Paris*, 1888. Brenaus, Th. de Lyon, 1894.)

Cette rétention des produits septiques en arrière du tamponnement peut être le point de départ d'accidents graves et même mortels. Les produits accumulés forcent les barrières qu'on a cherché à leur établir;

une péritonite généralisée ou un autre foyer de diffusion peut en être la conséquence.

2° Les éventrations. — L'éventration est une complication très fréquente de l'emploi du drainage du péritoine par la paroi abdominale. Dans quelles proportions survient cette complication ? Certains auteurs considèrent la hernie comme la conséquence fatale de toute réunion par seconde intention. Le plan utile de la paroi abdominale, c'est le plan aponévrotique. Or, s'il n'est pas fixé et réuni immédiatement, celui-ci se rétracte, fuit la ligne d'incision et dans la cicatrice les aponévroses ne figurent pas.

C'est là une donnée exacte. En fait, il faut reconnaître que l'éventration ne suit pas fatalement l'emploi du Mikulicz, et notre maître possède à ce sujet des observations suivies très curieuses, dans lesquelles, après l'emploi d'un très large Mikulicz, il n'est jamais survenu d'éventration. Pour établir la fréquence des éventrations consécutives au drainage, nous ferons des emprunts au travail de Peachler (1).

Cet auteur a revu un certain nombre de malades au point de vue de la solidité de la cicatrice après laparotomie. Il a rassemblé : 1° 43 cas de réunions par première intention après laparotomie médiane, sur lesquels il a trouvé 4 hernies : 2 petites et 2 grosses. L'une paraît devoir être due à une grossesse, l'autre à une bronchite. Cela fait un pourcentage de 9,3 p. 100. C'est à peu près le chiffre que donnait Zweifel, 8,9 p. 100. 2° Sur 13 cas accompagnés de suppuration de la paroi ou plutôt de trajets fistuleux à cause des fils de soie, il note 2 éventrations. 3° Sur 6 cas où cette réunion par première intention a été troublée : 1 cas d'hématome suppuré, pas d'éventration ; 2 cas de suppuration partielle, 1 cas d'éventration ; 2 cas de suppuration, 2 éventrations. 4° Il a examiné enfin 62 cas dans lesquels on avait *placé un tamponnement à la Mikulicz*, soit à la région iléo-cæcale, soit au niveau de la vésicule biliaire, soit au niveau de la ligne médiane. Il trouve 32 cas de cicatrices larges, étoilées de la peau, mais sans déhiscence des couches profondes, et 30 cas de hernies ou éventrations, *ce qui fait un pourcentage de 48,4 p.* 100.

3° Infection secondaire. — Plus importante est la question de l'infection secondaire.

L'existence de cette infection est contestée par certains chirurgiens.

---

(1) PEACHLER, Die Festigkeit der Bauchnarben nach Laparotomien. *Beiträge zür klinischen Chirurgie.*

et c'est à la démontrer que nous nous attacherons dans ce paragraphe.

Que la cavité de drainage ou du cloisonnement puisse s'infecter secondairement, cela est connu de tous les chirurgiens par expérience ; cela est démontré par les recherches bactériologiques de Kelly ; cela résulte des belles expériences de Préobrajeusky sur les conditions physiques de l'écoulement des liquides dans les pansements. Kelly (1), dans 16 cas drainés au moyen d'un tube avec beaucoup de précautions aseptiques, pratique l'examen bactériologique avant et après. Avant, il trouve 9 cas stériles, 6 avec des staphylocoques blancs, 1 avec des staphylocoques dorés. Après, dans 44 p. 100 des cas stériles, il trouve des microorganismes.

Préobrajeusky (2) a contrôlé sur des animaux toutes ces conditions expérimentales sur les facteurs physiques des pansements, et il est arrivé à ces conclusions que : « si le pansement réalise des conditions d'absorption et d'évaporation suffisantes, cela seul suffit à empêcher la pénétration de substances toxiques dans l'organisme ». La strychnine, en grand excès à la surface d'une plaie expérimentale, ne provoque aucun accident sur un pansement de gaze humide soumise à l'évaporation. Les résultats sont les mêmes avec le sang putride, avec les cultures du charbon ou de microbes pyogènes. Les substances en suspension dans le liquide apporté à la surface de la plaie ne vont que dans le sens de l'écoulement ; si l'écoulement s'arrête, les bactéries rétrogradent : c'est l'infection secondaire. Aussi est-il classique de surveiller le moment où le courant de sécrétion est interrompu, pour retirer les mèches de drainage.

Que l'infection secondaire puisse se développer dans une cavité de drainage ou de cloisonnement préalablement aseptique, voilà un fait démontré.

Que cette infection puisse diffuser et s'étendre à la cavité péritonéale : c'est là une notion peut-être peu répandue et qu'il nous reste à établir.

Dans le premier cas, c'est une convalescence plus ou moins retardée ; dans le second, ce sera une complication plus grave, pouvant aller jusqu'à des accidents mortels.

L'extension de l'infection d'une cavité de drainage ou de cloisonne-

---

(1) KELLY, *Operative gynecology*, p. 34.

(2) PRÉOBRAJEUSKY, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898.

ment au reste du péritoine dépend uniquement des propriétés *de cloisonnement et d'adhésion* qu'a ce péritoine. La variabilité de cette plasticité du péritoine est bien connue en chirurgie générale. Les anciens chirurgiens savaient parfaitement qu'il était moins dangereux d'intervenir pour des kystes dans un péritoine préalablement irrité que dans un péritoine sain. C'est que le pouvoir adhésif de la séreuse était augmenté dans le premier cas, et que, s'il survenait des complications infectieuses, elles étaient plus facilement limitées et enkystées.

Dans les cas de tumeurs néoplasiques de l'abdomen, dans les cas de tumeurs malignes avec ascite, chez les malades anémiés, comme sur des péritoines « lavés », la plasticité de la séreuse est considérablement diminuée. Chacun sait que, dans des cas analogues, il n'est pas prudent de faire des anastomoses intestinales au bouton ; nous disons, nous, qu'en gynécologie il est imprudent de compter, en plaçant un tamponnement à la Mikulicz dans de semblables péritoines, obtenir un bon cloisonnement.

Si donc l'on a affaire à des péritoines à *propriétés adhésives exagérées* (péritoines déjà irrités, inflammation simple, tuberculose), on s'expose, lors de l'ablation des mèches, non seulement à l'arrachement des parois de l'intestin (fistules stercorales), mais à l'arrachement des parois de la cavité du cloisonnement, d'où irruption d'épiploon, d'anses intestinales dans cette cavité de cloisonnement et par suite infection secondaire possible du péritoine.

Ce n'est toutefois point dans ce cas qu'il faut redouter le plus l'infection secondaire, mais bien dans ceux où *les propriétés adhésives du péritoine sont diminuées* (tumeurs malignes, malades anémiés), où les liquides intra-péritonéaux, sang ou ascite, empêchent la formation d'un bon cloisonnement et tendent à faire communiquer la cavité de drainage avec le reste du péritoine.

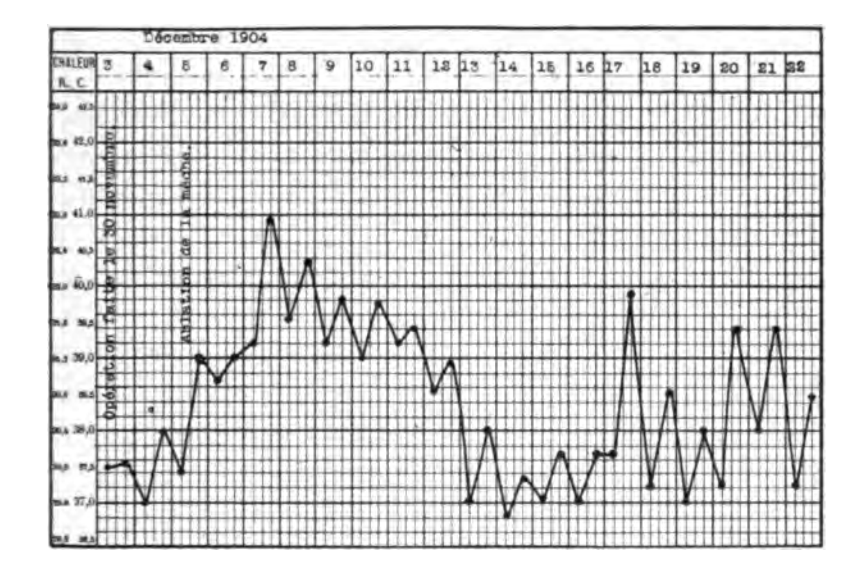
Nous pourrions apporter de nombreux exemples d'infections secondaires plus ou moins graves, consécutives au drainage dans les hématocèles. Il nous suffirait de reprendre les observations de malades opérées par voie vaginale. Dans ces cas l'intervention était toujours terminée par un drainage. Si ces hématocèles étaient bien collectées dans le Douglas, bien plafonnées, l'infection secondaire n'avait qu'une gravité limitée. S'agissait-il d'hémorragies successives ou d'hémorragie récente avec foyer mal limité par en haut, elle était quelquefois grave. A une phase où on traitait les hématocèles par l'abdomen et où on drai-

nait, il était rare d'observer une convalescence franchement régulière.

Nous apportons ici deux observations où cette infection secondaire a été mortelle et où l'interprétation des accidents n'est point douteuse.

Obs. I. — X..., 32 ans. Entrée le 28 novembre 1904; opérée le 30 novembre 1904, sortie le 28 décembre 1904. Grosse collection hématique intra-péritonéale remontant à l'ombilic, ayant débuté il y a six semaines avec, depuis, deux autres poussées aiguës correspondant à de nouvelles hémorragies.

Intervention : Ablation d'une grande quantité de sang et de caillots, contenus dans une poche bien enkystée. Décortication de cette poche friable par



Graphique 1. — Hématocèle.

certains endroits. Ablation de la trompe droite. Drainage par le vagin avec une grosse compresse pliée en deux.

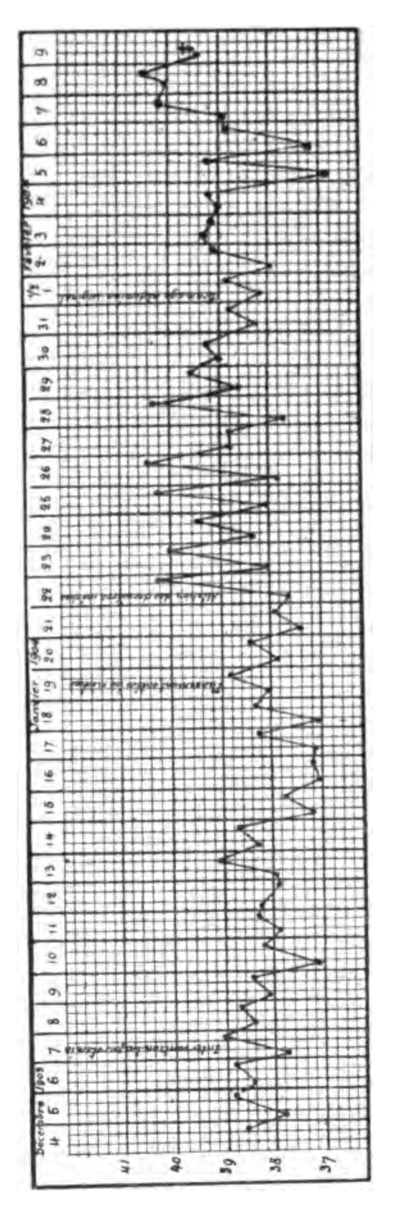
La température, qui était de 38°,4 la veille de l'intervention, tombe de suite et atteignait 37°,3 puis 37° au 4ᵉ et 5ᵉ jour. Le 6ᵉ jour, ablation de la mèche; la température, qui était de 37°,4 le matin, atteint 39° le soir, 38°,8 le surlendemain matin, 39° à nouveau le soir, 40°,9 le surlendemain soir avec un grand frisson et ballonnement du ventre.

La feuille de température annexée à l'observation montre bien toutes les complications par lesquelles a passé cette malade. Lors de son départ, la malade avait un mauvais facies, un léger œdème des membres inférieurs, un ventre ballonné et douloureux.

Obs. II. — X..., entrée le 25 février; opérée le 8 mars; sortie le 1ᵉʳ avril.

Grossesse extra-utérine de 4 mois. Sac fœtal intact. Embryon mort récemment. Ablation du placenta. Mikulicz et drainage abdomino-vaginal de la poche.

L'ascension de la température survient au lendemain de l'ablation des mèches. Au 1er avril, jour où les parents emmènent la malade, on trouve noté sur l'observation : « Depuis cinq jours l'état général est très grave. Le pouls rapide, imperceptible ; une issue fatale à bref délai est certaine. »



GRAPHIQUE 2. — Hématocèle.

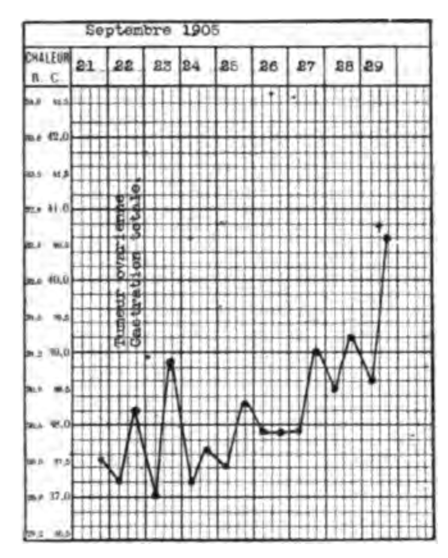
Ce ne sont pas là deux mauvais cas prélevés au milieu d'une bonne série. Des cas analogues avec une gravité heureusement moins grande sont très nombreux. Tous les chirurgiens en trouveront dans leur expérience. Ils ont sans doute attaché moins d'importance que nous à ces complications, de par ce fait qu'ils considéraient qu'il n'y avait aucun moyen de faire autrement. Il en est un cependant : c'est de ne pas drainer.

Voici 4 observations de tumeurs malignes de l'ovaire avec mort attribuable à une infection secondaire par drainage. La première est tirée de la statistique des 107 cas que nous avons analysée précédemment ; la deuxième date d'avril 1905. Les 2 autres ont été recueillies dans l'année 1904. Ces 4 cas portent sur un nombre de 20 à 30 tumeurs malignes de l'ovaire, opérées dans ces deux ans.

Obs. I. — Entrée le 21 septembre. Opérée le 22. Morte le 29. Femme de cinquante ans, porteuse de tumeurs ovariennes bilatérales remplissant tout l'abdomen, déterminant des douleurs et des phénomènes de compression considérable. A cause de l'œdème des jambes, cette malade avait été considérée comme inopérable par deux chirurgiens. La laparotomie démontra que l'extirpation totale des masses néoplasiques était possible, une hystérectomie

de dégagement fut pratiquée en même temps. L'intervention fut un peu longue et difficile, à cause du développement intra-ligamentaire d'une partie de ces tumeurs. On termina par un drainage vaginal avec deux compresses étalées dans le pelvis. La péritonisation fut incomplète et on laissa dans l'abdomen beaucoup d'ascite, en comptant qu'elle pouvait s'évacuer par les mèches de gaze.

Le soir de l'opération, la malade avait 38°,8 ; le lendemain matin, 37°,2 avec un pouls à 120. Les jours suivants, le pouls s'amendait, la température restait



GRAPHIQUE 3. — Tumeur ovarienne.

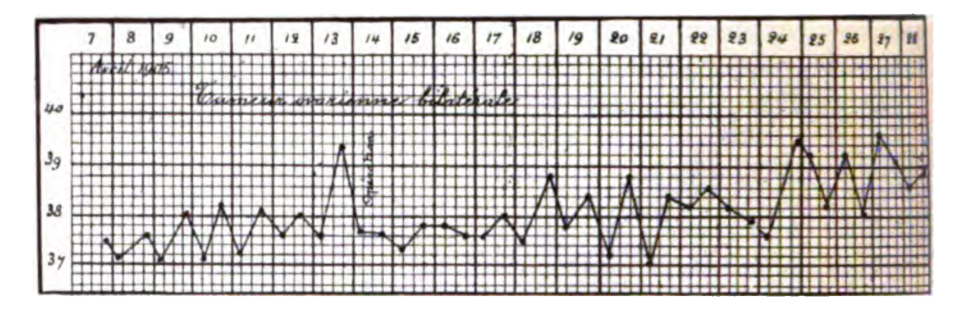
à 37°,8, le ventre ne présentait aucun ballonnement, l'état général était excellent ; on était au cinquième jour et la malade était considérée comme guérie. Elle avait fait des vents. Aucune selle ne s'était encore produite, mais on n'avait pas administré de purgation. A ce moment la mèche vaginale fut enlevée ; le soir la température atteignait 39°. Le lendemain matin, le ventre se ballonnait, les vomissements apparaissaient, le pouls redevenait rapide et petit ; la mort survenait au septième jour en pleine péritonite avec une température de 40°,7.

Dans cette observation la cause de la mort nous paraît être *une péritonite par infection secondaire.* Les suites opératoires doivent être interprétées de la façon suivante. Au lendemain de l'intervention, légère réaction péritonéale qui arrive très bien à se limiter.

Il est remarquable de voir les phénomènes généraux graves suivre l'ablation des mèches vaginales au cinquième jour.

Dans ce cas, l'infection péritonéale, qui s'est terminée par la mort, paraît nettement dater du jour de l'ablation des mèches.

Obs. II. — F..., âgée de cinquante-six ans. Tumeur ovarienne. Infection secondaire. Il y a trois mois la malade ressentit des douleurs abdominales du côté gauche, en même temps elle vit son ventre augmenter de volume. A l'examen, on trouve le ventre gros, plus saillant sur la ligne médiane. Il y a de

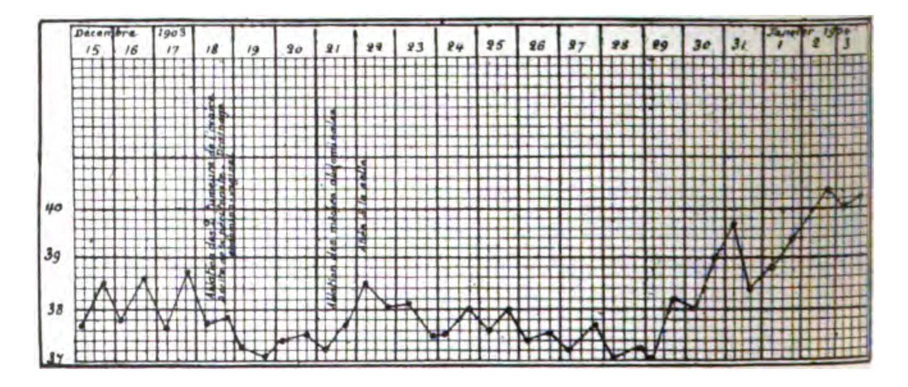


Graphique 4. — Tumeur.

l'ascite, l'abdomen est moyennement tendu. On sent du côté gauche une grosse masse, plus ou moins lobulée, non douloureuse au palper. A droite, on sent une masse de consistance analogue, mais moins grosse.

Intervention: Incision de 20 centimètres, ouverture du péritoine, ascite rosée. On essaie d'attirer au dehors une tumeur ovarienne, bosselée, irrégulière, molle. Mais sa continuité avec une masse pelvienne adhérente fait qu'on est obligé de l'inciser. On tombe dans un tissu cancéreux, friable, hémorragique. On doit, pour extraire l'enveloppe, inciser ou rompre de nombreuses adhérences intestinales. Drainage abdominal. La feuille de température annexée montrera à quel moment s'est produite l'infection secondaire.

Obs. III. — P..., Hélène, cinquante ans. Opérée le 18 décembre 1903. Morte le 3 janvier 1904. Tumeur annexielle bilatérale avec ascite. Les deux tumeurs



Graphique 5. — Tumeurs.

ont chacune le volume d'une tête d'adulte. L'assèchement du petit bassin montre des points hémorragiques qui exigent un tamponnement.

Le liquide péritonéal étant un peu louche, la malade ayant de la fièvre avant l'intervention, 38°,9, on décide en même temps un drainage abdomino-vaginal.

21. — Phénomènes d'obstruction. Constipation. Vomissements. Ablation des mèches abdominales. Après l'ablation des mèches, la fièvre tombe peu à peu jusqu'à 37°.

29. — La température se met à monter. Pansement.

30. — Nouveau pansement. Le ventre est un peu tendu, douloureux.

Il paraît y avoir une résistance plus marquée. La sonde et le doigt dissocient un peu les anses intestinales. On ne trouve rien.

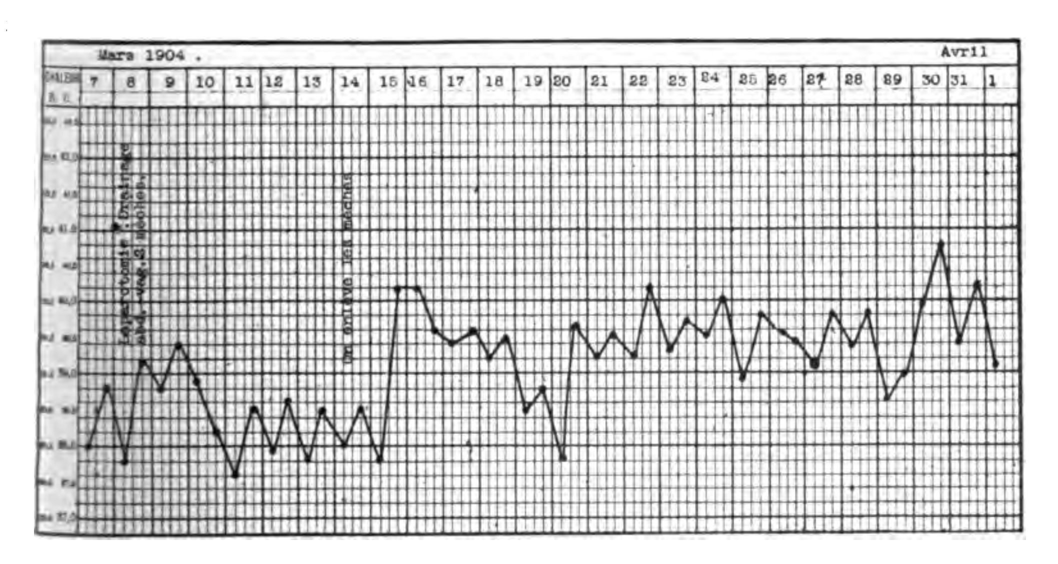
3 janvier. — Mort avec 40° de température et des phénomènes péritonéaux.

Vérification : péritonite. Il existe du pus dans les flancs, dans la grande cavité péritonéale au-dessus de la loge de Mikulicz mal cloisonnée par des adhérences lâches.

Obs. IV. — M..., Marie. Opérée le 7 janvier. Sortie le 8 février en très mauvais état. Tumeur annexielle droite avec ascite.

Intervention : Ablation d'une tumeur ovarienne gauche adhérente à l'S iliaque, du volume d'une tête d'adulte. Généralisation de la tumeur au péritoine pariétal. Le ventre est tout entier framboisé de noyaux de généralisation.

Drainage abdominal avec des mèches de gaze.



Graphique 6 — Tumeurs.

Le 1er février, la température oscillant entre 38° et 40°, l'état général ne s'améliorant pas, on fait, sous anesthésie, une contre-ouverture vaginale et l'on établit un drainage abdomino-vaginal secondaire, lequel n'est suivi d'au-

cune amélioration. La fièvre était due à de l'extension de l'infection péritonéale et non à la rétention qui était nulle.

Voilà quelques observations démonstratives à notre sens de ce danger du drainage que nous signalions : l'infection secondaire. Elle peut survenir aussi bien à la suite d'un drainage abdominal que d'un drainage vaginal.

Dans la thèse de Vergne (Lyon 1897) nous relevons un certain nombre d'observations aussi démonstratives que les nôtres. L'auteur en tire des conclusions un peu différentes. Il cherche à démontrer par là que l'ablation *précoce* du Mikulicz peut, dans certains cas, offrir un danger mortel. A notre avis, la mort survient alors par péritonite secondaire dont l'étiologie est nettement de l'infection secondaire. Les observations I, II, III, VI, VII et VIII sont on ne peut plus démonstratives. Les voici brièvement rapportées.

Obs. I. -- Double kyste des ligaments larges. Ablation assez pénible par la voie abdominale. Tamponnement hémostatique et cloisonnement. Tentatives d'ablation au quatrième jour, suivies d'accidents septiques modérés. Accidents septicémiques graves après ablation au *neuvième* jour. Mort au quinzième jour, avec une ascension progressive de la température de 37°,6, jour de l'ablation du Mikulicz, à 41°,2, quatre jours après.

Obs. II. - Appendicite à rechute. Ablation de l'appendice. Suture du cæcum. L'ablation du Mikulicz est faite au *dixième* jour. Elle s'accompagne d'accidents septicémiques. La température monte à 39°,7, le ventre est ballonné douloureux, des vomissements surviennent. Guérison après une période de trois jours très inquiétante.

Obs. III. — Appendicite suppurée. Tamponnement pour drainage et cloisonnement. Ablation du Mikulicz au quatrième jour, la malade allant bien. Aggravation immédiate des symptômes. Mort, le cinquième jour, de septicémie péritonéale.

Obs. VI. — Hystérectomie pour cancer du corps de l'utérus. Tamponnement hémostatique et cloisonnement. Ablation au *sixième* jour. la température étant de 37°,2 le matin, et de 38°,2 la veille au soir. Le lendemain de l'ablation du Mikulicz, la température atteint 39°, puis 39°,5. Mort quatre jours après.

Les observations VII et VIII ont trait à des infections secondaires heureusement arrêtées dans leur évolution, l'une après une intervention pour hématocèle, l'autre pour annexite suppurée.

De tous ces faits Vergne conclut qu'il faut éviter l'ablation précoce du Mikulicz. Cette opinion était très justement soutenue par M. le professeur Poncet. Notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, la partageait. Cela montre que déjà ces deux chirurgiens étaient hantés par le fait qu'il fallait laisser au cloisonnement le temps de devenir solide. Cela est vrai pour les faits dans lesquels cette ablation a été faite au troisième ou quatrième jour. Il n'en reste pas moins vrai d'ailleurs que, précoce ou tardive, cette infection péritonéale survenait par infection secondaire. Mais comment soutenir qu'une ablation tardive aurait préservé les malades de ces complications à la lecture des observations I, II, VII, dans lesquelles l'ablation du tamponnement a été faite les neuvième et dixième jours.

Inconvénients comparatifs des différents modes de drainage. — D'entre ces inconvénients, certains s'appliquent à tous les modes de drainage. C'est surtout le drainage à la gaze et le drainage à la Mikulicz que nous avons eus en vue en parlant de la mauvaise évacuation des liquides et de la possibilité de l'infection secondaire avec des conséquences plus ou moins graves. Le drainage vaginal paraît réaliser sur le drainage abdominal l'avantage d'éviter les éventrations et drainer en un point plus déclive.

Le drainage abdominal exposerait moins à l'infection secondaire, par ce fait qu'il est plus facile d'assurer et de maintenir l'asepsie au niveau d'un pansement abdominal qu'au niveau de la vulve et du vagin.

Le drainage vaginal du pelvis cruenté et contaminé avec péritonisation « par-dessus constitue une manière de terminer l'opération bien supérieure à celle du drainage vaginal en péritoine libre. Avec celui-ci on est encore exposé à l'obstruction, aux fistules intestinales, à la péritonite secondaire, que le cloisonnement du pelvis à l'aide du lambeau péritonéal utéro-vésical permet d'éviter.

Avec le drainage de cette zone exclue, on peut avoir encore, s'il survient de l'infection, des hémorragies secondaires par les pédicules de l'utérine situés dans la zone exclue.

Seule l'absence de drainage permet d'être à l'abri de tous ces inconvénients. *Il faut donc tendre de plus en plus à diminuer le nombre des cas justiciables du drainage, en se disant que si une septicémie péritonéale se déclare, ce n'est ni un drainage, ni un tamponnement à la Mikulicz qui peut l'empêcher de se développer, et que, pour les réactions à allures moins graves, on est toujours à temps, en surveillant sa malade, de drainer secondairement un foyer de péritonite enkysté. Ces*

cas, eux aussi, seront d'ailleurs de plus en plus rares avec une bonne asepsie. Dans notre première statistique comprenant 93 cas non drainés, une seule fois on a été obligé de faire un drainage secondaire. C'était pour un cas dans lequel l'indication d'un drainage ne pouvait se présenter à l'esprit. C'était pour une grossesse extra-utérine non rompue; on fit en plus une appendicectomie. Un foyer de péritonite enkysté se développa, et il fallut pratiquer une réouverture. La malade a parfaitement guéri. Dans notre seconde série de janvier à juillet comprenant 140 laparotomies, nous ne trouvons qu'un seul cas dans lequel nous ayons regretté de ne point avoir drainé. Il s'agissait d'une tumeur annexielle, avec de la péritonite chronique formant des loges tapissées de gros exsudats fibrineux au niveau de la région lombaire. Il se forma un gros abcès qui vint s'ouvrir spontanément à la paroi abdominale et finit par se tarir, après s'être accompagné de phlébite du membre inférieur gauche et de phénomènes généraux assez graves.

(*A suivre.*)

LE SYNDROME DE BASEDOW CONSIDÉRÉ COMME MANIFESTATION DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE[1]

Par **J. AUDEBERT.**

Les manifestations cliniques de l'hépato-toxémie sont nombreuses et variées au cours de la grossesse; tous les appareils peuvent simultanément ou successivement être mis en cause. Dans le cadre si bien tracé par Bouffe de Saint-Blaise au congrès de Marseille (2), il semble que l'on puisse faire rentrer toute la pathologie de la gestation, depuis les troubles gastriques les plus légers jusqu'aux convulsions éclamptiques.

Parmi les accidents nerveux signalés par Hanot et Léopold Lévi comme dus à l'insuffisance hépatique, certains se rencontrent communément dans l'auto-intoxication gravidique. En particulier le changement d'humeur, l'irritabilité, la somnolence sont si fréquents au début de la gestation, qu'on les considère, à juste titre, comme des symptômes de probabilité.

A côté de ces troubles bénins, on en observe de beaucoup plus graves: névrites, psychoses, manie, etc. Leur origine toxi-infectieuse ne fait plus de doutes pour personne, depuis les travaux de Pinard, de Klippel, de Régis. Le système nerveux paie donc un large tribut à l'hépato-toxémie. Mais, jusqu'à présent, on n'avait publié aucun fait, à ma connaissance du moins, où l'insuffisance néphro-hépatique ait amené un ensemble de symptômes rappelant à s'y méprendre la maladie décrite sous le nom de goitre exophtalmique.

Voici un cas que j'ai suivi de très près pendant quelques mois: éloquent par lui-même, il peut se passer de commentaires, auxquels mon incompétence en neuro-pathologie risquerait d'ailleurs d'enlever toute la valeur:

Mme X..., 33 ans, employée des postes. Nourrie au sein, a marché à 13 mois.

---

(1) Communication faite à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, le 9 juillet 1906.

(2) Des auto-intoxications gravidiques, 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 79 ans d'une affection cardio-pulmonaire, un grand-père paternel mort d'une affection analogue.

Mère vivante et bien portante, ayant eu trois enfants sans avoir présenté de troubles pathologiques pendant ses grossesses.

Un frère vivant et bien portant.

Une sœur vivante et bien portante, mère de quatre enfants après quatre grossesses normales.

Antécédents personnels. — Il y a à noter une rougeole dans la première enfance, mais aucune maladie dans la suite. Réglée à 22 ans, d'une façon toujours très irrégulière ; la malade affirme être restée souvent cinq ou six mois sans être réglée jusqu'à sa première grossesse et deux ou trois mois dans l'intervalle de ses deux grossesses. Absolument rien comme antécédents nerveux. La vie très tranquille de la malade n'a été troublée ni par des émotions graves ni par des chagrins.

Première grossesse à 30 ans ; pas de vomissements, rien d'anormal au cours de la grossesse si ce n'est un très léger œdème des membres inférieurs tout à fait à la fin ; aucun examen d'urines ne fut pratiqué. La femme n'avait jamais interrompu son travail, qui était cependant assez pénible.

Expulsion à terme, en octobre 1902, d'un enfant vivant mais mort peu de temps après l'accouchement qui avait été rapide (3 ou 4 heures). Cet enfant ne présentait rien de particulier pour ce qui est de la tête et de la partie supérieure du tronc, mais il était petit et les muscles de l'abdomen et des membres inférieurs très peu développés. La femme se lève 8 à 10 jours après son accouchement et ne tarde pas à être atteinte d'une affection utérine, qui, traitée par des injections chaudes, guérit assez rapidement.

Deuxième grossesse à 32 ans. Les dernières règles datent des premiers jours de septembre 1904. Au début de la grossesse, on ne trouve parmi les troubles habituels que quelques sensations d'étouffement ; ni vomissements, ni vertiges, ni troubles de la vue, ni constipation, ni diarrhée. Les mouvements actifs du fœtus sont nettement perçus vers 4 mois et demi. Jusqu'à la seconde quinzaine d'avril 1905 (7e mois environ), la grossesse avait évolué normalement, lorsqu'à cette époque apparurent des accidents, qui ne firent que s'aggraver jusqu'à l'accouchement. La malade, sans avoir éprouvé ni fourmillements dans les doigts, ni céphalée, ni troubles de la vue, remarque d'abord un léger œdème des membres inférieurs, dont elle ne s'inquiète d'ailleurs pas beaucoup puisqu'un pharmacien, après examen des urines, lui affirme qu'il n'y a ni albumine ni sucre. Peu à peu cet œdème s'accentue ; dès les premiers jours de mai la malade est essoufflée assez facilement, ses mictions deviennent moins fréquentes et moins abondantes ; son cou a augmenté de volume, ce qu'elle reconnaît facilement à ce que l'encolure de ses corsages est devenue trop étroite. C'est alors qu'un médecin consulté ordonne un nouvel examen des urines, qui, comme le premier, demeure négatif. Le médecin conseille toutefois à sa malade de prendre un litre de lait et prescrit un régime déchloruré, qui est suivi très régulièrement. Ce traitement amène assez vite une sen-

sible amélioration avec diminution de l'œdème, mais elle n'est que transitoire, car deux ou trois jours après l'œdème recommence à augmenter.

Les divers examens d'urine pratiqués restent négatifs jusqu'au 15 mai, date à laquelle une nouvelle analyse dénote d'une façon très nette l'existence d'albumine. Le régime lacté absolu est alors conseillé, mais suivi irrégulièrement. La quantité d'urines émises continue à diminuer et tombe d'abord à 800, puis à 500 grammes par jour; l'œdème gagne de plus en plus, la dyspnée commence à devenir assez intense, les yeux brillants sont peu à peu projetés en avant. La malade continue cependant son travail et ce n'est que le 22 mai qu'elle obtient un congé d'un mois. Le repos aidant, le régime lacté, irrégulier il est vrai, n'empêche pas les phénomènes de s'aggraver encore : l'œdème, au lieu de diminuer, fait place à l'anasarque généralisé, qui envahit la paroi abdominale, les membres supérieurs et la face. En présence de ces troubles graves, le médecin impose, dans les premiers jours de juin, le régime lacté absolu et prescrit des purgations à sa malade. Ce régime est bientôt suivi d'une notable amélioration; une diarrhée intense apparaît, l'œdème diminue un peu, les urines deviennent plus abondantes (1.200 à 1.500 grammes), mais contiennent toujours beaucoup d'albumine (5 grammes).

Le 5 juin, le médecin appelé de nouveau trouve sa malade dans un état assez alarmant; elle est assise sur son lit, les bras arc-boutés en arrière pour lui permettre de respirer plus facilement, son regard est celui d'une personne qui a peur, sa face est cyanosée, ses narines dilatées et battantes.

L'auscultation permet de reconnaître, disséminés dans les deux poumons, de nombreux râles crépitants qui dénotent une congestion intense; le cœur est précipité, le pouls rapide et petit (120 à 140). Cinq ventouses scarifiées rendent la respiration moins pénible; mais la malade reste cependant très fatiguée et il lui est impossible de garder le décubitus horizontal. Le lendemain, 6 juin, je suis appelé auprès de la malade, que je trouve encore très abattue : orthopnée intense, violentes palpitations cardiaques, pouls faible et rapide, exophtalmie et mydriase. Cette journée se passe cependant sans incident très grave, mais dans la matinée du 7 l'état de la malade est des plus alarmants; après être restée en proie à une angoisse extrême, elle est maintenant dans un coma assez intense, ne respirant qu'avec la plus grande difficulté. Le médecin traitant me fait prévenir et, vers 10 heures du matin, pratique à la hâte une saignée abondante (300 à 600 grammes), suivie bientôt d'une injection hypodermique d'éther. La malade reste dans une profonde stupeur; elle n'a senti ni la saignée, ni la piqûre, et lorsqu'elle revient à elle, ses yeux paraissent encore beaucoup plus saillants.

Accouchement et suites de couches. — Toute l'après-midi la malade reste dans un état semi-comateux. Je la vois vers 6 heures du soir et la trouve se plaignant du ventre, en proie à de petites douleurs; je l'examine et constate que la dilatation est complète. Après avoir prévenu la famille qui ne s'attendait pas à un dénouement aussi rapide, je surveille alors de très près la parturiente, me demandant si elle pourra accoucher spontanément; pendant plus d'un quart

d'heure elle fait de vains efforts : sa face se cyanose et sa respiration, déjà pénible, devient de plus en plus difficile. En présence de cette situation très grave, et pour la mère et pour l'enfant, je décide de terminer l'accouchement au plus vite par une application de forceps en occipito-pubienne. Je note simplement au cours de cette intervention la petite difficulté qui se présente lorsqu'il s'agit de maintenir au bord du lit, dans une position permettant l'application des forceps, cette malade dont la respiration est déjà extrêmement pénible dans la position assise.

Enfant vivant, pesant 1.875 grammes.

La délivrance est normale et n'est marquée d'aucun accident. Placenta truffé.

Après l'accouchement le régime lacté absolu est continué. La température, à part une ou deux exceptions où elle s'élève à 38°, ne dépasse jamais 36°,6.

La nuit du 7 au 8 juin est bien meilleure que les précédentes : il y a encore quelques accès de suffocation, mais beaucoup moins intenses.

8. — Injection de permanganate de potasse. Révulsion à l'aide de cataplasmes sinapisés. L'œdème et la quantité d'albumine ont déjà diminué.

Nuit du 9 *au* 10. — Oppression intense, sueurs très abondantes, température : 38°. Injection de caféine, ventouses.

10. — Râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. Alcoolature d'aconit. Révulsion.

Dans la suite l'état général s'améliore assez vite : la dyspnée disparaît peu à peu, l'albumine diminue et l'œdème se localise. Le pouls cependant reste toujours petit et rapide. J'en recherche la cause et pense alors au goitre exophtalmique. Les yeux en effet sont saillants, le regard fixe et spécial ; la fente palpébrale est augmentée et la pupille dilatée. Il existe, localisé surtout aux membres supérieurs, un tremblement tellement intense que la malade, essayant d'écrire, ne peut le faire qu'assez difficilement et encore son écriture est elle caractéristique.

Le cou est gros dans l'ensemble, mesurant 40 centimètres à la base et 36 en haut, au lieu de 38 et 34 en novembre 1904 ; l'isthme du corps thyroïde n'est pas très nettement perceptible, mais remonte pendant les mouvements de déglutition, devient accessible et paraît gros comme le pouce ; les lobes latéraux sont assez volumineux. Interrogée à ce point de vue, la malade me fournit les renseignements suivants : il y a une dizaine d'années, un médecin avait constaté chez elle une petitesse de pouls anormale ; après sa première grossesse, son cou avait augmenté de volume d'une façon très nette, puisqu'elle avait été obligée d'agrandir l'encolure de tous ses corsages ; enfin, lorsqu'elle a des émotions, elle éprouve des sensations de constriction sus-sternale. Le 16 juin, j'ordonne, tout en continuant le régime lacté, un traitement thyroïdien institué de la façon suivante : un jour la malade prend une glande thyroïde de mouton, deux le lendemain, reste deux jours sans en prendre pour recommencer ensuite. Ce traitement thyroïdien est suivi pendant quinze jours :

mais devant le peu de résultats obtenus il est délaissé pour le régime lacté absolu. Peu à peu tous les symptômes s'amendent : aux premiers jours de juillet l'œdème a disparu ; l'albumine, à partir de la seconde quinzaine, ne se rencontre plus que par traces et vers le 25 disparaît totalement ; le tremblement à peu près à la même époque devient insignifiant.

De même à la fin de juillet les yeux sont beaucoup moins saillants, le regard moins brillant, les pupilles moins dilatées. Seule la tachycardie persiste aussi intense ; elle varie fréquemment, mais se maintient toujours au moins au-dessus de 100 pulsations par minute et s'élève parfois jusqu'à 130.

Température, pouls, respiration de la mère.

DATES	TEMPÉRATURE	NOMBRE de pulsations	MOUVEMENTS respiratoires	DATES	TEMPÉRATURE	NOMBRE de pulsations	MOUVEMENTS respiratoires
8 juin . .	M. 36°,8	140	36	17 juin. . . .	M. 36°.3	110	32
	S. 36°,7		40		S. 36°,5	128	30
9 » . .	M. 36°,6	124	28	18 »	36°,3	105	38
	S. 36°,6	124	32	19 »	»	136	»
10 » . .	M. 36°,6	128	31	20 »	36°,8	110	38
	S. 36°.6	108	33	21 »	37°,2	140	44
11 » . .	M. 36°,5	100	37	22 »	36°,5	120	34
	S. 38°	136	49	23 »	36°,3	115	32
12 » . .	M. 36°,2	108	44	24 »	36°,5	125	34
	S. 36°,4	100	38	25 »	36°,5	120	31
13 » . .	M. 36°,2	100	48	25 juillet. . .	»	132	»
	S. 36°,8	116	40	29 » . .	»	100	»
14 » . .	M. 36°,5	120	38	1er août. . .	»	108	»
	S. 35°,8	110	30	5 — . .	»	132	»
15 » . .	M. 35°,5	105	30	22 octobre. .	»	80	»
	S. 35°,5	103	30			88	»
16 » . .	M. 35°,5	110	38	7 novembre.	»	65	»
	S. 36°	132	35				

Le 22 octobre 1905, l'état général est très satisfaisant, le pouls variant entre 80 et 88.

Le 7 novembre il n'existe plus aucun symptôme : le pouls, régulier, est à 65 ; le corps thyroïde est à peine perceptible au niveau des deux lobes latéraux ; le périmètre cervical ne mesure plus que 35 centimètres.

Enfant. — L'enfant à la naissance pèse 1 kgr. 875 ; sa température descend à 32°, aussi le 8 juin il est mis en couveuse où la température est maintenue entre 26 et 28°. Il prend le sein le deuxième jour, s'alimente bien et sa température se relève entre 36°,5 et 37° pour ne plus redescendre. Le 22 juin l'enfant est retiré de la couveuse. Il est nourri au sein par sa mère jusqu'au 20 octobre et augmente de poids très rapidement et d'une façon régulière. Cependant du 10 au 20 octobre l'enfant n'augmente plus que de 8 grammes par jour, au lieu de 18 à 20 comme les jours précédents ; à l'allaitement maternel est adjoint le lait de vache : l'enfant prend alternativement une tétée au sein de sa mère et une tétée au biberon. L'administration du lait de vache ne trouble en rien sa croissance : l'allaitement exclusif au sein est repris au bout de quelques jours ; les digestions sont faciles, les téguments fermes, les fesses pleines et dures, les

membres inférieurs ont un certain degré d'embonpoint. Il arrive ainsi à un an sans avoir présenté le moindre phénomène morbide et pèse alors 8 kgr. 900.

Pesées de l'enfant.

DATES	POIDS	Augmentation quotidienne (moyenne)	DATES	POIDS	Augmentation quotidienne (moyenne)
7 juin 1905. .	1.875 gr.		8 août 1905. . . .	4.060 gr.	37 gr.
12 » »	2.145	54 gr.	14 » » . . .	4.225	29
16 » »	2.430	48	24 » » . . .	4.475	25
19 » »	2.415	25	9 sept. 1905. . . .	4 340	23
25 » »	2.660	40	18 » » . . .	5.050	18
1er juillet 1905.	2.810	25	27 » » . . .	5.205	17
5 » »	2.920	27	7 octobre 1905 . .	5.375	8
7 » »	3.000	40	17 » » . .	5.450	19
11 » »	3.160	40	29 » » . .	5 680	15
17 » »	3.555	32	6 novembre 1905 .	5.800	15
23 » »	3 555	33	10 mars 1906 . . .	7.680	
31 » »	3.595	30	28 » » . . .	7.825	8
4 août 1905. .	3 910	28	7 mai 1906. . . .	8.425	15
8 » »	4.060	37	7 juin 1906 (1 an).	8.900	15

En résumé, une femme jusque-là bien portante présente, dans le courant du huitième mois de sa seconde grossesse, des accidents graves (albuminurie, anasarque, dyspnée, urémie) qui sont la conséquence manifeste d'une toxémie gravidique incomplètement soignée, et qui provoquent bientôt l'expulsion prématurée de l'œuf. Les jours suivants, viennent s'ajouter les signes cardinaux de la maladie de Basedow: exophtalmie, hypertrophie du corps thyroïde, tachycardie, tremblement. L'opothérapie thyroïdienne reste sans résultat. Mais, sous l'influence du régime lacté, tous ces symptômes s'amendent, l'œdème et la dyspnée diminuent peu à peu, en même temps que l'exophtalmie et le tremblement, pour disparaître complètement en moins de deux mois ; seule la tachycardie persiste plus longtemps, et ce n'est que cinq mois après que le cœur reprend son rythme normal, sa fréquence ordinaire.

L'enfant nourri exclusivement par sa mère se développe d'une façon très satisfaisante et rattrape bientôt le poids normal.

Ce fait ne me paraît susceptible que de deux interprétations pathogéniques : 1° ou bien il s'agit d'un goitre exophtalmique vrai, c'est-à-dire de cette entité nosologique si bien décrite par Graves et Basedow, survenu brusquement sous l'influence de la grossesse et disparaissant avec elle; 2° ou bien, nous nous sommes trouvé en présence de phénomènes secondaires formant un ensemble symptomatique analogue au goitre exophtalmique (syndrome de Basedow), dont la cause première est une auto-intoxication gravidique.

Sans vouloir discuter à fond ce point délicat de pathogénie, il me semble cependant que la seconde hypothèse est plus acceptable. Il me paraît difficile d'admettre, en effet, qu'un goitre exophtalmique débute subitement sans aucun symptôme antérieur, mais surtout disparaisse complètement après un épanouissement de quelques jours seulement et après avoir présenté une diminution quotidienne et progressive de chaque symptôme. Ce n'est point là la marche ordinaire de l'affection, et les faits de ce genre ne se rencontrent guère que pendant la puerpéralité ; chez une malade de Freund (1) en effet, le goitre apparut pendant la première grossesse et disparut cinq semaines après l'accouchement. Au cours de la troisième, survinrent des palpitations de cœur, du gonflement du cou, de l'exophtalmie, de la dyspnée. Après un accouchement rapide et normal, il y eut une sédation marquée de tous les symptômes ; dès le troisième jour, l'exophtalmie disparut, le goitre diminua, bref il ne persista qu'un peu de tachycardie.

Au contraire, il me paraît beaucoup plus probable que, chez une femme profondément intoxiquée, les poisons organiques ont porté leur action sur le système nerveux et principalement sur le grand sympathique. Ce n'est pas là d'ailleurs une vue d'esprit, car, au cours de certaines intoxications ou infections, on a déjà noté l'apparition du syndrome de Basedow.

C'est ainsi que dans la thèse de Léopold Lévi (2) on trouve une observation de goitre exophtalmique d'origine hépatique (Bronner) et une observation de Malton dans laquelle la maladie de Basedow est associée avec une cirrhose hypertrophique chronique. Cette analogie est d'autant plus frappante que l'on connaît bien aujourd'hui le rôle si important du foie dans la pathogénie des auto-intoxications de la grossesse (hépatotoxémie de M. Pinard).

Virgilio Machado (*Congrès de Lisbonne*, 1906) déclare que quelques symptômes semblables au basedowisme se manifestent consécutivement à certaines infections, telles que la syphilis et la fièvre typhoïde.

Pour Neusser (*Congrès allemand de médecine interne*, Münich, avril 1906), il existe chez certains malades une relation intime entre les affections thyroïdiennes et hépatiques. Voici encore quelques observations du même genre (3) :

(1) Cité par VINAY, *Traité des maladies de la grossesse*, p. 790.
(2) Thèse de Paris, 1896.
(3) On trouvera le détail de ces observations dans la thèse de mon élève M. Dourdet, qui a bien voulu me fournir la plupart de ces documents bibliographiques.

Métrite. Blennorrhagie. Goitre exophtalmique (Jouin, *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 11 avril 1895).

Métrite. Goitre exophtalmique (Jouin, *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 11 avril 1895).

Rhumatisme. Fièvre typhoïde. Goitre exophtalmique (Bertoye, Thèse de Lyon, 1888, obs. XV).

Influenza infectieuse. Goitre exophtalmique (Gauthier de Charolles, in : *les Médications thyroïdiennes*, obs, III).

Fièvre typhoïde. Goitre exophtalmique (A. Gilbert et J. Castaigne, *Société de Biologie*, 3 juin 1899).

Rhumatisme articulaire aigu. Goitre exophtalmique (Basedow, *Casper's Wochenschrift*, 1840. Thèse Mignon, Paris, 1895, obs. LXVIII.

Fièvre typhoïde. Goitre exophtalmique (Praël, in : Thèse Daubresse, Paris, 1883, obs. XXIV, résumée).

Fièvre typhoïde. Rhumatisme. Goitre exophtalmique (Mme Pilet-Fouet, Thèse de Paris, 1892-1893).

Syphilis et goitre exophtalmique (Chwortek, in : Thèse Marie, Paris, 1883).

Traitement ioduré et goitre exophtalmique (Rendu, *Revue de clinique*, 1888. Observation résumée in : Thèse Mignon, Paris, 1895).

Je me contente d'indiquer le titre de ces observations, dont quelques-unes ont beaucoup de rapports avec la mienne. Il est facile de comprendre que sur un seul fait je ne puis établir une conclusion ferme ; cependant il me semble que de cette énumération résulte la conviction que le syndrome de Basedow apparaît assez fréquemment comme complication de la syphilis, de la fièvre typhoïde, des métrites, de la blennorrhagie, de l'influenza et du rhumatisme. On peut donc admettre, sans trop forcer l'analogie, que l'hépato-toxémie gravidique, dont nous connaissons le retentissement ordinaire sur le système nerveux, peut, comme les affections citées plus haut, se compliquer de goitre exophtalmique.

Aussi il m'a paru intéressant de signaler cette observation de basedowisme survenant au cours de la grossesse : mais je serais assez tenté, pour ma part, d'y voir non point une vraie maladie de Basedow, mais seulement une complication de l'auto-intoxication gravidique, sans qu'il me soit permis de préciser s'il s'agit d'une névrite du grand sympathique ou seulement d'une action réflexe.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

OPÉRATION PLASTIQUE APRÈS EXCISION DES TUMEURS ÉTENDUES DE LA VULVE

La question de la réparation autoplastique des pertes de substance de la vulve présente un certain intérêt. Aussi croyons-nous bon de reproduire le procédé que vient de publier récemment E.-C. Dudley (1).

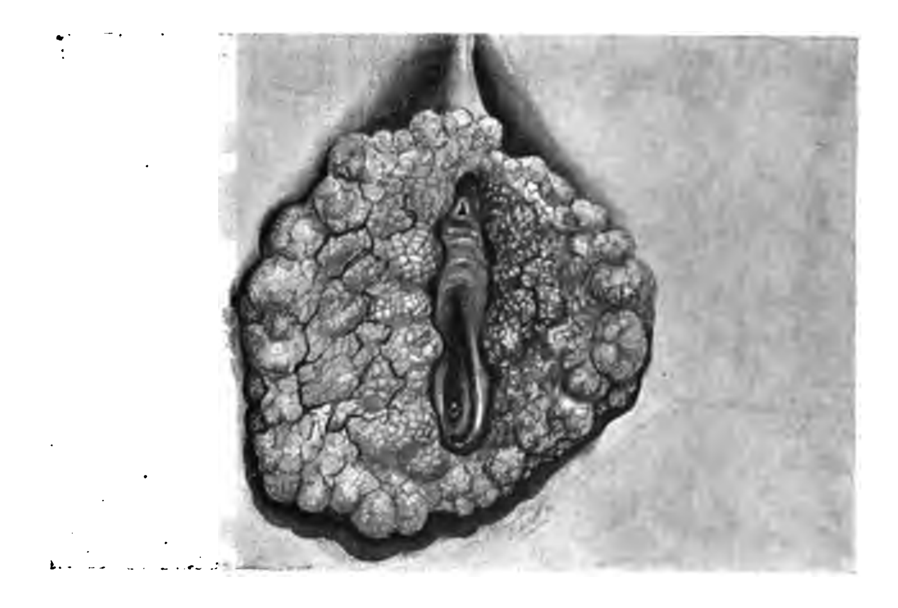


FIG. 1.

Après excision de la tumeur (*condylomata acuminata*) représentée figure 1, la surface dénudée avait une étendue telle qu'on ne pouvait songer à la recouvrir par le simple rapprochement des bords de la plaie.

(1) E.-C. DUDLEY, Opération plastique après excision des tumeurs étendues de la vulve *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, June 1906, t. II, p. 695.

Des incisions faites suivant les lignes AB, AD, DE, EF (fig. 2) permirent de circonscrire des triangles de peau ABC, DEF, qu'on put faire glisser vers la vulve.

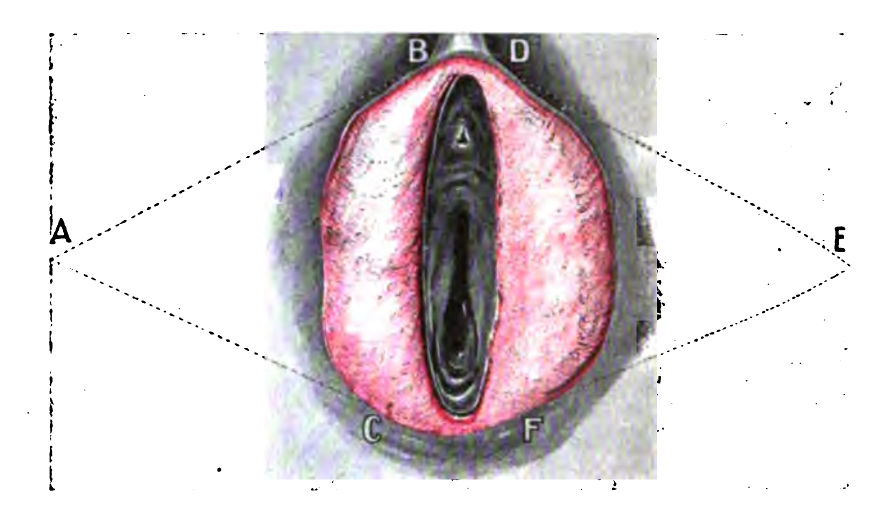


Fig. 2.

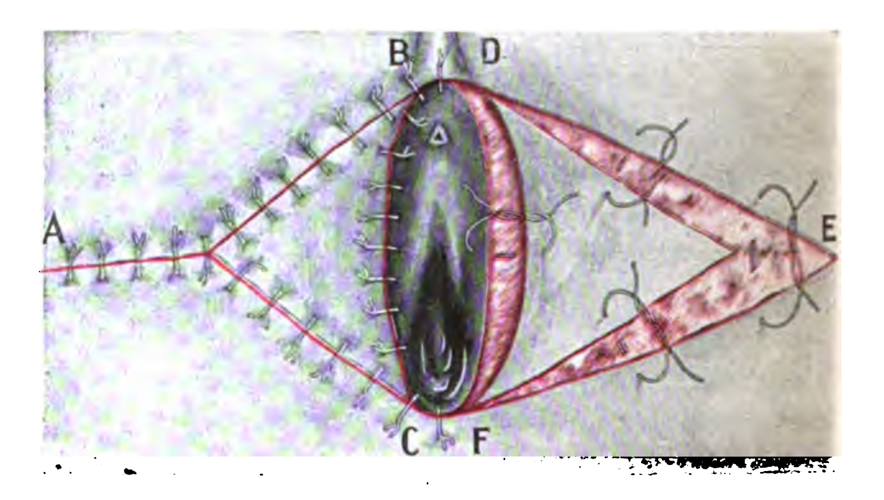


Fig. 3.

Sur la figure 3 on voit, d'un côté, le lambeau mobilisé avec quelques sutures placées, mais non serrées; de l'autre, l'opération terminée.

H. H.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Revue des communications de 1905 relatives à la gynécologie et à l'obstétrique.

MAI (*Suite*).

LORRAIN. — **Kyste dermoïde de l'ovaire. — Dégénérescence sarcomateuse. — Rupture spontanée.** — Mme X..., 50 ans; règles, depuis l'âge de 15 ans, régulières, un peu douloureuses. Ménopause il y a un an, sans trouble morbide. Depuis quelque temps le ventre grossissait. Brusquement, dans la nuit, douleur violente dans le ventre, au niveau de la fosse iliaque droite; ni nausées ni vomissements. Applications de glace, entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite.

Malade très déprimée : facies grippé, péritonéal. Pas de vomissements, pas de constipation, pouls petit, rapide. Hypothermie. Abdomen gros et météorisé, très douloureux à la palpation dans toute son étendue. Par la percussion on constate la présence de liquide dans la cavité péritonéale. Par la palpation et le toucher rectal on sent une tumeur, remontant de trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et siégeant principalement à droite.

Diagnostic : *kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.* — Laparotomie médiane. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe environ un litre de liquide trouble, grumeleux, de couleur jaunâtre. On trouve au niveau de l'ovaire droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, tumeur liquide présentant à sa partie antérieure une perforation sous forme d'éraillure de un centimètre environ.

Le pédicule de la tumeur ne présente aucune trace de torsion. La tumeur ne présente aucune adhérence. L'opération est des plus simples et rapidement terminée. Ligature en chaîne du pédicule. Lavage du péritoine avec le sérum physiologique. Drainage vaginal par perforation du cul-de-sac postérieur.

Après l'opération, la malade reste très faible. Pouls petit. Hypothérmie. Vomissements dans la nuit. La malade meurt le lendemain à 3 heures. L'autopsie n'a pu être faite.

Tumeur sphérique. Sa paroi externe ne présente pas d'adhérences : elle est lisse, d'apparence fibreuse. A la partie antérieure et supérieure on voit la trompe droite sectionnée au cours de l'opération. La perforation spontanée étant agrandie, on tombe dans une cavité remplie en partie de liquide, on y

voit un gros tampon formé de cheveux entrelacés. Par places, la face interne de la cavité est tapissée d'un épiderme parfaitement visible ; dans d'autres portions, cette paroi est lisse, fibreuse ; enfin, dans un quart environ de sa superficie, elle est tapissée de végétations noirâtres, mamelonnées, ayant une épaisseur de 5 millimètres environ.

Coupe au niveau du revêtement épidermique. — Couche conjonctive vascularisée, avec revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié (épiderme) qui ne présente rien de spécial. Dans le derme se voient des conduits de glandes sudoriques, dont quelques-uns sont dilatés.

Coupe au niveau des végétations. — Couche conjonctive vasculaire, analogue à la précédente. Cette couche n'est pas revêtue d'épithélium, mais d'un tissu néoformé constitué par des cellules rondes ou polyédriques, à gros noyaux, dont un certain nombre sont chargées de pigment mélanique. La couche conjonctive envoie dans l'épaisseur de ce tissu de fins tractus conjonctifs qui en constituent la charpente. Dans ce tissu de nouvelle formation se voient d'assez nombreux vaisseaux à paroi embryonnaire.

J. Abadie et X. Bender. — **Kyste de l'ovaire à dégénérescence sarcomateuse.** — Marie S..., 44 ans, entre le 11 octobre 1904 à l'hôpital d'Oran. Trois avortements à 4 et 5 mois, dont le dernier date de quatre ans, le *début* de sa tumeur semble remonter à trois ans. Peu à peu, douleurs de plus en plus vives, par crises durant plusieurs heures, parfois lancinantes ; maximum dans la fosse iliaque droite ; les règles, jusque-là normales, sont devenues irrégulières. Auparavant, pas de métrorrhagies.

La tumeur volumineuse, bombant au-dessus du pubis, dépasse l'ombilic de trois travers de doigt. Elle semble constituée de deux parties séparées. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ascite abondante. On tombe sur une volumineuse tumeur polykystique, à plusieurs loges séparées par des travées fibreuses très résistantes ; l'une d'entre elles, verticale et presque médiane, tendue comme une sangle qui étrangle la masse totale, explique bien la sensation trompeuse de deux tumeurs indépendantes donnée par l'examen. Nombreuses adhérences à l'épiploon, à la paroi abdominale à droite, à l'intestin en arrière ; sur le péritoine tant viscéral que pariétal, plusieurs semis de granulations ; des greffes plus volumineuses de ci, de là ; l'une d'entre elles, tout près des bords des lèvres du péritoine antérieur, est prélevée pour examen. La main va prudemment explorer le bassin ; la tumeur est développée aux dépens des annexes droites.

On se borne à une laparotomie exploratrice. Suites opératoires normales. Mort trois mois plus tard, après une aggravation continue des phénomènes douloureux et une cachexie progressive. L'autopsie n'a pu être faite.

Examen de la pièce prélevée. — Tumeur ovoïde, légèrement mamelonnée, à pédicule étroit, du volume d'une grosse noisette ; à sa surface blanchâtre, rampent sous un mince revêtement d'abondantes arborisations vasculaires. Sa consistance est uniformément dure. A la coupe, tissu dur, blanc, sans suc au

raclage, donnant, par places, l'impression d'une structure aréolée ; à la périphérie, enveloppe peu épaisse mais continue, se rétractant au niveau de sa section. Au centre, plusieurs cavités, vacuoles de volume variable, ayant au maximum 2 millimètres de diamètre.

Au microscope, la tumeur est constituée par de grandes cellules fusiformes, qui sont disposées en faisceaux volumineux dont on observe la coupe tantôt longitudinale, tantôt transversale, et orientées suivant des vaisseaux nombreux, à lumière très développée.

Les cellules conjonctives renferment des noyaux volumineux, mamelonnés, et souvent elles s'élargissent, deviennent irrégulièrement arrondies et renferment un très gros noyau riche en chromatine ou plusieurs noyaux. Mais c'est



Greffe péritonéale d'un kyste de l'ovaire à dégénérescence sarcomateuse.

surtout à la périphérie des vaisseaux et dans leur intérieur que l'on constate la présence de cellules volumineuses à 2, 3, 6 et 8 noyaux et qui constituent de véritables cellules géantes.

Cet examen microscopique montre bien qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire ayant subi la dégénérescence sarcomateuse, avec généralisation péritonéale.

Ajoutée aux cas de : Fischel, Flaischlen, Bœckel, Friedländer, Pfannenstiel (2 cas), Kelly, Simoff, Dubar, Potocki et Bender, notre observation donne un total de 11 cas.

Il ne s'agit pas ici d'une dégénérescence limitée au kyste lui-même, comme on la retrouve dans la plupart des observations ; mais, de même que des métastases ont été notées dans les cas de Friedländer, Simoff, Bœckel, Dubar, de même nous trouvons ici des noyaux secondaires sur le péritoine.

Cornil. — **Note sur les tubercules de l'ovaire.** — J'ai eu l'occasion d'examiner depuis quatre ou cinq ans six pièces de tuberculose ovarienne. Ces faits sont tous comparables. Le plus souvent les deux ovaires sont atteints à des degrés variables. Il peut y avoir sur la coupe de l'ovaire des granulations

tuberculeuses isolées, mais ordinairement on a des îlots assez étendus composés de granulations ou follicules confluents dont la partie centrale est ramollie, caséeuse, jaunâtre et sèche ou, au contraire, transformée en un petit abcès

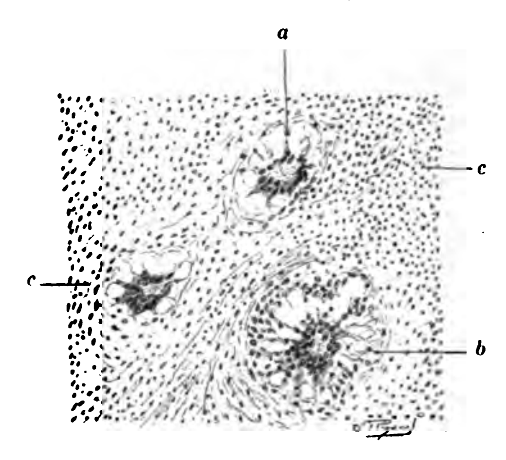


Fig. 1. — Tubercules de l'ovaire.
a, *b*, *c*, follicules présentant à leur centre une cellule géante; *c*, tissu conjonctif infiltré de leucocytes. Grossissement de 80 diamètres.

contenant du pus bien lié ou fluide et granuleux, îlots et petits abcès pouvant occuper la plus grande partie du tissu ovarien.

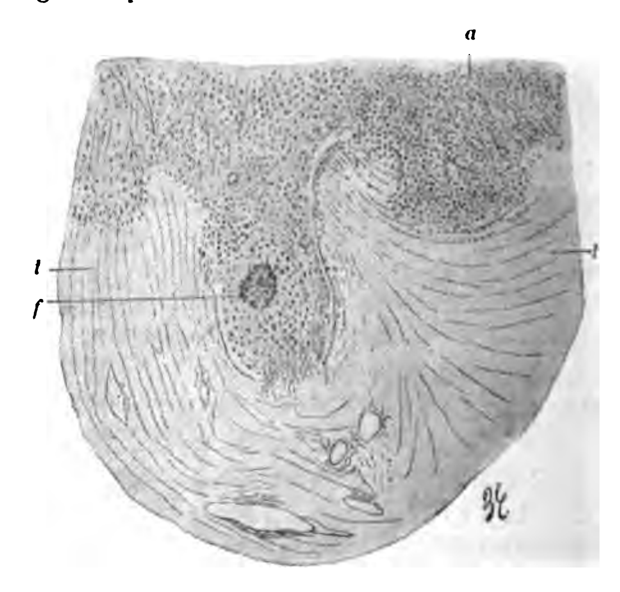


Fig. 2. — Périphérie d'un grand ilot tuberculeux.
a, tissu tuberculeux entouré de faisceaux fibreux hyalins sinueux, répondant à la périphérie d'un corps jaune. Dans la dépression d'une de ces sinuosités, il y a un follicule tuberculeux avec sa cellule géante en *f*. — Grossissement de 80 diamètres.

A l'examen histologique, le tissu tuberculeux de l'ovaire présente certaines particularités. Dans toute la partie assez épaisse située au pourtour du centre

caséeux ou suppuré, les follicules tuberculeux sont très rapprochés les uns des autres. Ils siègent au milieu d'un tissu conjonctif bourré de leucocytes mononucléaires. Ces follicules, très régulièrement sphériques ou ovalaires, présentent souvent sur la coupe une ou deux grandes cellules géantes à protoplasma ramifié (V. fig. 1).

Le protoplasma de la cellule géante avait des prolongements multiples qui s'anastomosent, avec les grandes cellules conjonctives (cellules épithélioïdes qui sont autour d'elle. Parfois la coupe du follicule ne présente pas de cellules géantes, mais seulement les grandes cellules épithélioïdes ou conjonctives. On y trouve rarement des bacilles.

Ces îlots assez étendus de tubercules confluents se développent dans les corps jaunes en évolution, non dans les corps jaunes anciens devenus fibreux, mais bien dans la couche proliférante des corps jaunes récents. Aussi, lorsque le tissu tuberculeux s'est formé dans l'intérieur du corps jaune, est-il entouré des faisceaux fibreux enkystés, épais, fortement colorés en rouge par le Van Gieson, qui existent à la périphérie des corps jaunes anciens (V. fig. 2).

L'ovaire est constitué, comme on le sait, par un tissu dense, fibro-musculaire. La couche interne des corps jaunes est au contraire formée d'un tissu conjonctif lâche, contenant les grandes cellules à lutéine. Elle est pourvue de nombreux vaisseaux capillaires néoformés. Elle remplit les meilleures conditions pour la production des tubercules.

Cornil. — **Kystes développés dans les corps jaunes.** — J'ai examiné cette année quatre de ces kystes. Leur grosseur variait de celle d'une grosse noix à celle d'un œuf de poule. Il est rare qu'ils dépassent ce volume. Leur contenu est le plus souvent sanguinolent ou formé d'un liquide séreux teinté de sang. Cependant, dans le dernier que j'ai examiné, il y avait une sérosité transparente et incolore.

La membrane de ces kystes est plus ou moins épaisse, souvent irrégulière, bosselée et plissée. Cette paroi se distingue en deux couches : une membrane externe, faisant corps avec le tissu fibro-musculaire ovarien, elle-même formée d'un tissu conjonctif lâche très vascularisé. C'est la théca externa du follicule de Graaff. De cette membrane partent de nombreux vaisseaux capillaires qui pénètrent dans la membrane la plus interne du kyste, membrane plus ou moins épaisse formée de cellules à lutéine, c'est-à-dire de ces grandes cellules polyédriques par pression réciproque ressemblant à de l'épithélium à protoplasma abondant, contenant de fines granulations graisseuses et un noyau volumineux. Les capillaires dont nous venons de parler forment un réseau entre les cellules. Cette couche du corps jaune présente souvent des saillies ou des plis festonnés comme dans tout corps jaune récent. Elle existe dans certains kystes sans interruption et forme une membrane interne continue. Dans d'autres, elle est interrompue par places, après s'être amincie, et la membranne externe, fibreuse, constitue à elle seule la paroi du kyste.

Ces kystes représentent simplement l'exagération de l'hémorragie qui se fait

après la rupture du follicule de Graaff et l'expulsion de l'ovule. Ils ne peuvent se développer qu'après cette rupture. Lorsque le corps jaune est ancien, avec ses faisceaux fibreux hyalins, il deviendrait impossible qu'il fût le siège d'un épanchement sanguin ou séreux.

JUILLET

DIEULAFÉ et GILLES. — **Sur un cas de cyphose congénitale.** — Fœtus né avant terme, au 8e mois, d'une mère atteinte de tuberculose au troisième degré, cachectique, pesant 1.700 grammes au moment de sa naissance; mort le 16e jour, après avoir subi une perte de poids de 470 grammes.

La cyphose observée dès le début s'est accusée d'une façon manifeste pendant cette courte période de temps. A l'autopsie nous n'avons pas trouvé de lésions ni d'anomalies viscérales ; la mort doit être attribuée à la faiblesse congénitale.

La colonne vertébrale elle-même est indemne de toute lésion ; sa conformation seule est anormale.

PÉRAIRE. — **Fibro-adénome du sein.** — Cette observation n'offre d'autre intérêt que le bon résultat esthétique obtenu par l'incision axillaire de Morestin.

F. JAYLE et X. BENDER. — **Deux cas de kraurosis vulvæ.** — Obs. I. — Mme P..., âgée de 43 ans, réglée à 16 ans. Les règles ont cessé sans cause appréciable pendant près d'une année, puis ont réapparu, mais ont toujours été irrégulières, peu abondantes, douloureuses.

Jamais d'enfants, pas de fausses couches, aucune maladie antérieure ; n'est pas spécifique, mais dit avoir toujours eu depuis sa puberté des pertes blanches, abondantes surtout vers la vingtième année.

Le 9 juin 1896, curettage.

Trois ans après, hystérectomie vaginale.

En 1901, traitement de trois mois à l'hôpital : douches, bains sulfureux, électricité.

Juin 1905 : La malade vient à la consultation.

Tous les appareils normaux, varices, douleurs vagues dans tout le corps, plus particulièrement dans le ventre et dans la région vulvaire. Prurit vulvaire que la malade attribue à l'hystérectomie vaginale.

Les poils des organes génitaux sont peu nombreux, courts, de coloration normale. Les grandes lèvres sont de volume et de consistance normaux, fermes au toucher, non décolorées. Les nymphes sont atrophiées, comme ratatinées, surtout à droite. Le clitoris et son capuchon sont normaux.

L'orifice vaginal apparaît rétréci et prend un aspect cordiforme. De chaque côté de cet orifice, on constate la présence de taches rougeâtres s'effaçant sous

une forte pression, à l'exception d'un piqueté hémorragique qui persiste particulièrement à gauche. De ce même côté, les taches sont moins grandes que du côté opposé, où il existe une tache principale accompagnée de taches plus petites, la principale mesurant environ un centimètre et demi de longueur sur un demi-centimètre de largeur. Les taches des deux côtés sont reliées entre elles par une sorte de traînée rougeâtre, qui suit la commissure postérieure. Ces taches cessent brusquement à l'entrée du vagin.

Dans leur ensemble, les parties génitales de cette malade sont atrophiées, n'offrant pas la coloration rosée normale. Elles sont d'une extrême sécheresse. L'intromission du doigt dans le vagin et le toucher sont douloureux, principalement sur le cul-de-sac gauche. Le vagin est court ; au fond, on sent la cicatrice irrégulière ayant amené un rétrécissement conique du fond du vagin et déterminé des brides. On peut introduire un spéculum, mais avec peine, et une fois introduit il est impossible de l'ouvrir.

Au toucher combiné au palper, on ne trouve rien dans le pelvis.

Le 24 juin 1905, on pratique une biopsie.

Examen histologique. — Fixation au sublimé acétique. Inclusion à la paraffine. Colorations : hématéine-éosine, hématoxyline-Van Gieson, orcéine.

A un grossissement moyen, l'épithélium ne présente pas de modifications très appréciables. A un grossissement plus fort, on voit que les cellules les plus superficielles sont plus kératinisées que normalement. Les cellules de la couche moyenne ne présentent rien de particulier. Quant aux cellules de la couche de Malpighi, leur ordination est fréquemment bouleversée par des amas d'infiltration leucocytaire qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche épithéliale. Immédiatement au-dessous du revêtement épithélial on trouve, çà et là, des vaisseaux à parois très minces, à cavité large et béante, remplie de globules sanguins. Ces vaisseaux s'encastrent pour ainsi dire dans l'épaisseur de la couche épithéliale, si bien que, en certains points, ils ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre couches de cellules pavimenteuses. Ces points correspondent évidemment aux taches rougeâtres ou ecchymotiques constatées à l'examen clinique.

Au niveau du derme, les lésions se résument en une sclérose assez accentuée donnant aux tissus sous-jacents à l'épithélium un aspect homogène, dense, parsemé çà et là de foyers d'infiltration embryonnaire. Les vaisseaux sont peu nombreux et présentent un calibre assez réduit.

Sur des coupes traitées par l'orcéine, on constate que le processus de sclérose porte en grande partie sur les fibres élastiques. Celles-ci sont manifestement très hyperplasiées. Au lieu de dessiner au-dessous de l'épithélium un fin réseau de fibrilles grêles, elles forment de gros faisceaux entrelacés qui se condensent en une sorte de bordure au niveau de la face profonde de la couche de Malpighi. Dans la profondeur, les fibres élastiques dessinent un réseau à mailles irrégulières, englobant des îlots conjonctifs. Il existe une hyperplasie très marquée de la charpente élastique des vaisseaux.

Obs. II. — Mme C..., 43 ans. Réglée à 17 ans. Règles régulières, abondantes.

Pertes blanches peu abondantes. Syphilis à 18 ans. Traitement mercuriel et ioduré. Jamais d'enfant, jamais de fausses couches.

En 1898, hystérectomie abdominale totale pour fibrome.

15 *avril.* — La malade vient à la consultation gynécologique de l'hôpital Broca pour du prurit vulvaire et de la dyspareunie.

L'état général est bon. Les différents appareils sont normaux. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. La malade dit avoir engraissé depuis l'opération. Symptômes d'insuffisance ovarienne.

Il y a deux mois, douleur au moment des rapports, sensation de brûlure au niveau des organes génitaux, de la difficulté pendant la miction et surtout un prurit vulvaire assez intense, plus accentué le jour que la nuit.

Actuellement, le prurit a disparu ainsi que la sensation de brûlure et la difficulté à la miction, mais les douleurs pendant le coït persistent. A l'examen, les grandes lèvres et les nymphes ne présentent rien de spécial, si ce n'est leur coloration pâle. Les poils ne sont pas cassants, n'ont pas diminué de longueur. Mais, après écartement des petites lèvres, l'orifice vaginal apparaît rétréci dans son ensemble et présente la forme d'un cœur de carte à jouer. Sur le vestibule près de l'insertion des petites lèvres, on relève la présence en différents endroits de taches rougeâtres ou même rouge brique, en d'autres de taches blanchâtres. Ces taches ont environ la grandeur d'une lentille et ne sont pas élevées au-dessus de la muqueuse. A la partie inférieure de la petite lèvre gauche il existe un recessus d'un centimètre de longueur environ, à bords surélevés, rougeâtre, douloureux au toucher.

L'introduction du doigt dans le vagin est douloureux et on parvient difficilement à introduire un spéculum.

Au toucher combiné au palper on ne trouve aucune tumeur pelvienne.

20 *avril.* — Ablation d'un petit fragment de la muqueuse vestibulaire comprenant la tache la plus grande, la plus douloureuse et qui paraît la cause de la dyspareunie. Sutures au catgut.

20 *juin.* — Pendant un mois, les douleurs ont totalement disparu et le coït a pu être repris. Mais, depuis une quinzaine de jours, la malade se plaint de nouveau de douleurs répondant à une tache rougeâtre siégeant, comme celle enlevée, à gauche sur la muqueuse vestibulaire. Ablation de cette zone muqueuse. Sutures.

Examen histologique. — Fixation au liquide de Bouin. Inclusion à la paraffine. Colorations : hématoxyline-éosine, hématoxyline-Van Gieson, orcéine.

A un grossissement moyen, l'épithélium présente un aspect variable. En certains points le nombre des couches de cellules pavimenteuses est diminué, les papilles sont faiblement dessinées et le revêtement se présente sous la forme d'une mince bordure. Ailleurs, au contraire, on constate un épaississement de la bordure épithéliale et un léger allongement des bourgeons épithéliaux interpapillaires. La couche de Malpighi est dissociée en de nombreux points par des traînées de cellules embryonnaires, partant d'amas sous-épithéliaux.

On retrouve, de place en place, quelques glandes sébacées. Le stroma

présente d'assez grandes variations suivant les points considérés. En certains points, il est assez lâche et finement fibrillaire, dissocié par de l'œdème. Mais le plus souvent, ce stroma est très dense, constitué par de grosses travées conjonctives, au milieu desquelles on reconnaît quelques fibres musculaires.

Les vaisseaux sont nombreux et présentent des parois épaissies, d'aspect hyalin. On trouve çà et là des amas irréguliers de cellules embryonnaires.

Sur des coupes traitées par l'orcéine on constate une hyperplasie très manifeste des éléments élastiques. Cette hyperplasie est surtout marquée au niveau des points où le derme présente cet aspect dense et compact que nous avons signalé. Les fibres élastiques, très épaisses, forment à ce niveau un véritable feutrage.

Il est intéressant de comparer ces lésions à celles de la leucoplasie vulvaire. Les caractères essentiels de cette dernière, hyperkératose, hyperacanthose et éléidinose, manquent absolument dans le kraurosis. L'examen histologique permettra toujours, à défaut de l'examen clinique, de faire le diagnostic entre ces deux affections. Certains auteurs ont supposé que le kraurosis représentait le stade ultime de l'évolution de la leucoplasie vulvaire, mais cette hypothèse ne nous paraît pas démontrée.

H. Morestin. — **Ablation esthétique d'une tumeur du sein.** — Jeune fille de 20 ans. Elle porte au sein gauche une tumeur dont le volume est comparable à celui d'un œuf de pigeon.

Diagnostic de tumeur bénigne, d'adéno-fibrome.

Incision de 4 à 5 centimètres dans le fond de l'aisselle, au milieu du territoire pileux. Décollement tégumentaire avec les ciseaux, depuis cette porte d'entrée jusqu'à la tumeur. Ouverture de la loge occupée par la tumeur, libération, mobilisation et extraction de celle-ci. La plaie fut suturée par quatre points à la soie, en laissant un drain, ce drain resta deux jours en place.

Ce cas est le septième de l'auteur. Il en a présenté un huitième identique dans une séance suivante. D'une manière constante la guérison a été obtenue sans ennui, sans incident quelconque, de même que les opérations ont été effectuées d'une façon toujours méthodique, sans imprévu, sans difficulté sérieuse.

H. Morestin. — **Hypertrophie mammaire.** — L'hypertrophie mammaire offre habituellement une marche souvent rapidement progressive, et peut influencer l'état général, épuiser l'organisme et amener finalement une sorte de cachexie. Le pronostic, toujours sérieux, contraste donc avec la nature histologique bénigne de la lésion.

Maria G..., couturière, 28 ans. Elle est de petite taille, maigre, chétive. Jamais de grossesse, règles toujours normales.

Il y a deux ans, le sein droit subit une augmentation de volume manifeste. Puis la mamelle gauche augmente à son tour et l'hypertrophie actuellement symétrique prend des proportions considérables.

Sensations douloureuses, assez pénibles au moment des règles. Anesthésie oculaire et pharyngée. Crises de larmes interminables.

Les deux masses mammaires sont assez souples, d'une résistance assez homogène et présentent seulement quelques inégalités noueuses à leur partie supéro-externe, surtout pour le côté droit. Au moment des règles le volume des seins augmente encore, aucun écoulement par le mamelon. Pas d'adénopathie.

Je conseille la compression bien méthodiquement appliquée et la teinture d'iode à l'intérieur, ce traitement ne put jamais être institué avec rigueur plus de trois ou quatre jours consécutifs.

Opération identique pour les deux seins, incision de 6 à 7 centimètres dans le sillon sous-mammaire. Par là je pénétrai dans l'espace celluleux rétromammaire et, décollant le tissu cellulaire, séparai de l'aponévrose du grand pectoral la glande, dont les bords furent repérés et fixés par des pinces de Kocher. J'attaquai alors la masse glandulaire et la sectionnai transversalement dans toute sa largeur et aussi dans toute sa hauteur. J'emportai ainsi du tissu mammaire un disque épais de deux travers de doigt, dont l'une des faces était la face profonde de la glande hypertrophiée, et l'autre venait d'être taillée par le bistouri, que je m'étais efforcé de faire agir parallèlement à la précédente. Le tamponnement de la plaie suffit à arrêter l'écoulement sanguin, d'abord assez abondant. Je n'appliquai aucune ligature, mais laissai un drain. Les lèvres de l'incision furent réunies avec des fils de soie très fins, portés sur des aiguilles de couturière.

Les disques prélevés sur les deux mamelles sont formés d'un tissu blanc, ferme, peu vasculaire, criant sous le bistouri et, d'après le simple examen macroscopique, manifestement fibreux.

L'examen histologique montre que l'augmentation de volume des seins était due à une énorme néoformation de tissu fibreux. Les faisceaux fibreux forment pour ainsi dire toute la masse, cependant on aperçoit çà et là quelques acini ou conduits excréteurs, les uns encore sains, d'autres plus nombreux en voie d'atrophie.

CORNIL. — **Tubercules du petit bassin (péritoine, trompes, ovaires et appendice).** — Trompes, ovaires, utérus et appendice d'une femme de 30 ans. La surface péritonéale de tous ces organes était couverte par une couche de péritoine enflammé, parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses visibles à l'œil nu, semi-transparentes ou un peu opaques à leur centre, confluentes par places.

Les *trompes* étaient très affectées sur toute leur étendue. L'une d'elles était très dilatée au niveau de son pavillon et remplie de masses verruqueuses blanchâtres avec un peu de liquide puriforme au milieu. Au microscope, chaque préparation montrait une quantité considérable de follicules tuberculeux, tous avec de grosses cellules géantes siégeant à la surface interne de la trompe et dans ses plis et végétations qui remplissaient presque complètement sa cavité.

L'épithélium des plis et végétations était tombé presque partout et très modifié là où il en restait des traces. De plus, la plupart des végétations étaient couvertes d'une couche de fibrine fibrillaire contenant des leucocytes mononucléaires dégénérés. La surface péritonéale de la trompe présentait aussi des granulations tuberculeuses.

L'*utérus* n'était tuberculisé qu'à sa surface externe. La muqueuse était normale.

L'*appendice iléo-cæcal*, adhérent aux annexes utérines du côté droit, était aussi couvert de granulations tuberculeuses péritonéales. Dans le point dont j'ai fait des coupes transversales, l'appendice était complètement oblitéré par du tissu fibreux; les glandes en tube n'existaient plus; par contre, on voyait au milieu du tissu fibreux quelques vésicules closes lymphatiques conservées. Autour de la trompe, il y avait un épaississement péritonéal avec de nombreux follicules tuberculeux. Ce péritoine tuberculisé n'en était pas moins recouvert de son endothélium.

Les préparations de l'*ovaire* ont permis de voir comment la tuberculose péritonéale se transmet à l'ovaire. Ce dernier était couvert dans toute son étendue par le péritoine tuberculeux. Sur la pièce fraîche, une coupe longitudinale totale de l'ovaire montrait sa substance corticale blanchâtre dense et irrégulière, ondulée, avec des dépressions où pénétrait le péritoine tuberculeux. Cette disposition du péritoine, entrant dans des dépressions de la surface ovarienne, était très nette à de faibles grossissements.

La substance corticale de l'ovaire examinée à l'œil nu avait du reste son apparence normale, car on y voyait des follicules de Graaff et des corps jaunes. La substance médullaire était rouge et très vascularisée.

Les coupes de cet ovaire, examinées après la double coloration à l'hématoxyline et au liquide de Van Gieson, nous ont permis d'étudier les rapports du péritoine tuberculeux avec la surface ovarienne.

Le péritoine est adhérent seulement par places. Là où l'adhérence n'est pas établie, on note sur les coupes un espace linéaire très étroit, bordé du côté de l'ovaire et parfois du côté du péritoine par une couche unique de cellules germinatives. Ces dernières sont par conséquent très bien conservées et même multipliées du côté ovarien où elles sont pressées et souvent cylindriques, assez longues. Cet épithélium germinatif s'est greffé sur la face opposée du péritoine ou s'y est étendu en suivant les adhérences qui unissent par places le péritoine à l'ovaire. Sur chaque coupe on constate trois ou quatre grandes dépressions de la surface de l'ovaire, dépressions qui sont remplies par le péritoine tuberculisé.

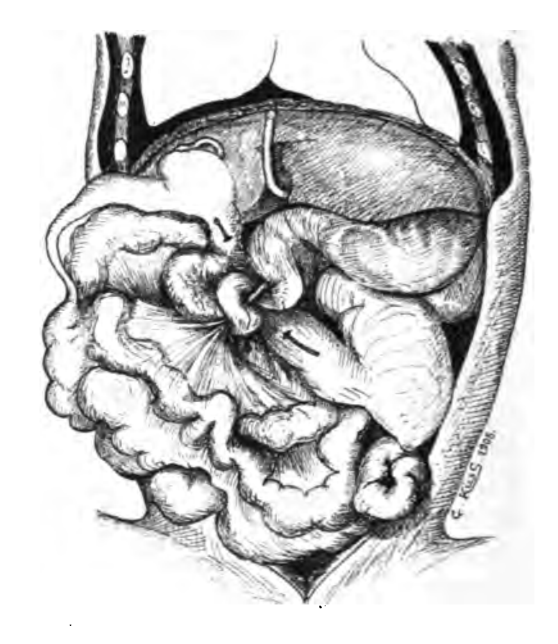
OCTOBRE

Pierre Clément. — **Volvulus de l'intestin grêle avec sténose secondaire du gros intestin chez un nouveau-né.** — Prématuré de 8 mois et demi pesant 2.585 grammes, né le 9 octobre.

L'enfant s'alimente, ne vomit pas, rend son méconium ; dans la nuit du 10 octobre on le trouve dans son berceau, très pâle (T. 35°) ; le ventre est ballonné, très tendu et présente une circulation veineuse supplémentaire très accentuée. Mis en couveuse, l'enfant meurt dans le collapsus, le 11 octobre.

A l'AUTOPSIE, on ne trouve ni hémorragie interne, ni péritonite, mais les anses grêles réunies en paquet et très congestionnées ; en les rejetant à droite, nous constatons l'existence d'un *volvulus*, mais pas d'un volvulus complet de l'anse vitelline ; malgré les deux tours de spire, le gros intestin est à sa place.

Il existerait donc seulement un volvulus de l'intestin grêle : hypothèse plausible appuyée par les faits suivants :



a) La portion terminale de l'iléon est dépourvue de son mésentère ;

b) Elle est étirée et amincie ; on peut l'expliquer ainsi : située à l'une des extrémités de l'axe de rotation, elle a subi le maximum d'efforts ; privée de son mésentère, sa vascularisation et sa nutrition sont demeurées insuffisantes.

c) La rotation de l'intestin grêle a été favorisée par l'absence congénitale ou acquise des mésocôlons.

Dès lors, l'axe mésentérique supportant les anses grêles a passé au-devant du côlon transverse et l'a secondairement comprimé et aminci ; tandis qu'en aval du point stricturé, il a subi une dilatation.

Il est logique de conclure à un volvulus de l'intestin grêle, avec déchirure ou absence de la partie terminale du mésentère et des mésocôlons, et à une sténose secondaire du gros intestin par compression.

M. CORNIL. — **Kystes de la muqueuse de la trompe.** — Annexes d'une femme qui portait un ovaire de la grosseur d'un petit œuf et une trompe de la gros-

seur du pouce. L ovaire présentait un kyste unique rempli de masses papillaires végétantes et en partie détachées de la paroi. La paroi de ce kyste était elle-même hérissée de végétations papillaires minces. Les coupes des végétations contenues dans la poche ont montré à leur centre des vaisseaux entourés

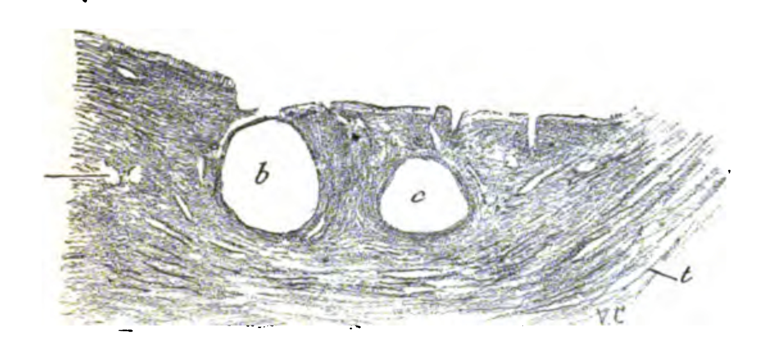


Fig. 1. — Kystes de la muqueuse de la trompe.
a, Surface de la muqueuse tapissée d'épithélium cylindrique et montrant des dépressions glanduliformes; — *b*, *c*, Kystes; — V, Vaisseaux.

d'une faible quantité de tissu conjonctif, d'où partaient des capillaires très étroits. La surface de ces capillaires était couverte de cellules polyédriques ou cylindriques très nombreuses.

Les sections minces de la paroi du kyste présentaient les mêmes végétations et de longues dépressions glanduliformes, qui pénétraient profondément dans la paroi conjonctive de cette cavité kystique. Il n'y avait pas vestige de la structure normale de l'ovaire, ni corps jaunes, ni follicules de Graaff, ni ovisacs.

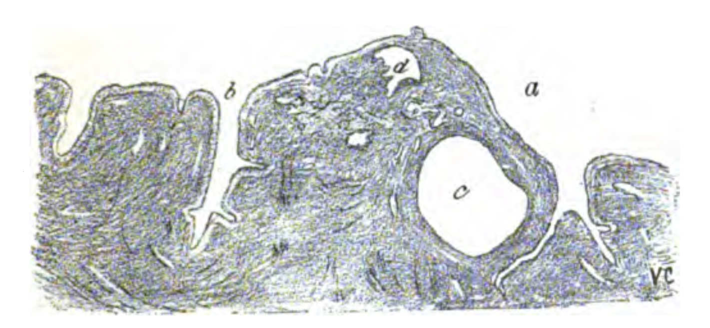


Fig. 2.
a, Surface de la trompe; — *b*, Grande dépression glanduliforme; — *c*, Kyste sphérique; — *d*, Section transversale d'une dépression à surface irrégulière.

Il s'agissait d'un épithélium ovarien à cellules cylindriques.

La trompe était atteinte de salpingite chronique, avec formation de petits kystes dans la muqueuse.

Le plus ordinairement, dans toutes les tumeurs de l'ovaire, la trompe est

atteinte soit par une inflammation, soit par une propagation du néoplasme.

Ici, il s'agissait d'une inflammation chronique, muqueuse. La cavité de la trompe n'était pas distendue. Elle contenait simplement du mucus. Sa paroi fibro-musculaire était épaissie et très riche en fibres élastiques (fig. 1 et 2).

Sur les coupes transversales de la trompe on voit sa muqueuse épaissie, avec des saillies séparées par des dépressions en forme de glandes ou de fentes profondes et de distance en distance de véritables petits kystes profondément situés visibles à l'œil nu, régulièrement sphériques. Il y a trois ou quatre de ces petits kystes sur chaque coupe. La surface de la muqueuse, aussi bien que celle des petits kystes, est tapissée par une couche de grandes cellules cylindriques.

Le tissu conjonctif situé sous les cellules cylindriques offrait un réseau très riche de fibres élastiques, ce qui indique une certaine ancienneté de la lésion.

L'explication de la formation de ces kystes remplis de mucus est très simple. Il s'agit ici de dépressions profondes, tapissées d'épithélium cylindrique, qui se sont remplies de mucus et se sont isolées au milieu du tissu fibreux. Mais ces kystes doivent être assez rares, car je n'en avais jamais rencontré.

NOVEMBRE

André Lapointe. — **Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et coudé, torsion simultanée de la trompe.** — Résidant dans certaines particularités constatées au niveau du pédicule tordu du kyste de l'ovaire, qui constitue une des parties de la pièce, je serai très bref sur l'observation clinique.

Femme de 52 ans. Depuis deux ans une série de crises douloureuses dans le bas-ventre et la région iliaque droite, symptomatiques de phénomènes de torsion récidivante. En septembre 1905, crise plus violente et plus persistante.

On constate un utérus fibromateux dont certaines portions, implantées sur l'isthme, paraissent incluses dans les ligaments larges. La fosse iliaque droite est remplie par une tumeur fluctuante, douloureuse à la pression, grosse comme une tête de nouveau-né et mobile avec les fibromes. Le diagnostic reste hésitant entre un kyste de l'ovaire droit ou un fibrome kystique à pédicule tordu.

Hystérectomie abdominale totale. Ablation en bloc de l'utérus et du kyste, sans qu'il soit nécessaire de le ponctionner. Suites normales. Certaines portions du fibrome étaient enclavées dans les ligaments larges, en particulier à droite, du côté où siège le kyste. La rotation dépasse à peine un demi-tour ou 180°.

1° Le sens de la torsion est contraire à celui que les auteurs donnent comme la règle, de dedans en dehors (mouvement de *supination*).

Ce kyste droit a tourné de dehors en dedans et d'avant en arrière, en *pronation*, et la torsion décrit une spirale droite, dextrogyre.

2° Le pédicule, long de 6 à 8 centimètres, s'est constitué aux dépens du bord supérieur du ligament large tout entier. Il s'attache sur l'utérus fibromateux, en un point qui répond à la corne droite et la trompe en fait partie. La torsion s'est faite à ce niveau et l'isthme tubaire est intéressé par elle. L'ampoule, violacée, est transformée en un hémato-salpinx gros comme l'index.

3° La torsion est compliquée d'une coudure à angle aigu, qui siège au point où le pédicule s'insère sur le kyste. Le pavillon tubaire, étalé et adhérent à la face postérieure de la tumeur, fixait la coudure

P. Lecène. — **Cancer développé sur un moignon d'hystérectomie supra-vaginale pour fibrome.** — La pièce présentée, qui comprend le col utérin et la partie supérieure du vagin, enlevés par la voie abdominale, provient d'une femme qui fut opérée dans le service Civiale, à l'hôpital Lariboisière, le 7 janvier 1903, pour un fibrome utérin. A ce moment la malade, âgée de 53 ans, présentait des pertes sanguines abondantes pendant et en dehors de ses règles. L'examen révélait la présence d'un fibrome du volume du poing siégeant sur le corps utérin : le col ne présentait absolument rien d'anormal. L'opération pratiquée par le docteur Michon avec notre aide fut régulière : hystérectomie supra-vaginale avec conservation de l'ovaire droit. Guérison rapide La malade se trouva parfaitement bien et débarrassée de ses hémorragies pendant *plus de deux ans* : mais *en février* 1905, elle recommença à perdre beaucoup de sang et à maigrir légèrement : inquiétée par ces hémorragies qui se renouvelaient constamment, la malade revient nous consulter le 3 juillet 1905. Nous l'examinons et par le toucher vaginal nous constatons que le col utérin, laissé en place lors de la première opération, est devenu le siège d'un *cancer* évident : heureusement il n'y a pas de propagation au vagin ni à la base des ligaments larges. Nous proposons à la malade de la réopérer, et le 7 juillet 1905, *soit deux ans et demi* après la première opération, nous lui rouvrons le ventre et nous enlevons le col utérin devenu cancéreux avec la partie supérieure du vagin. L'opération est régulièrement menée et nous refermons sans drainer. Guérison rapide sans complications, et la malade sort guérie le 28 juillet 1905. Nous ne l'avons pas revue depuis.

L'examen histologique du col enlevé nous a permis de voir qu'il s'agissait d'un *épithélioma pavimenteux lobulé avec globes cornés*, développé par conséquent aux dépens de la face vaginale du col.

Ce fait est absolument superposable à ceux rapportés par Richelot à la *Société de chirurgie*; il est certain que le col était normal lors de la première opération, car s'il y avait eu un début de cancer à cette époque, l'évolution aurait été plus rapide et nous n'aurions pas revu la malade, *deux ans et demi* après la première opération, avec un cancer du col encore peu étendu et facilement enlevable. Il faut rapporter tous les aits analogues, de façon à se faire

une idée précise sur leur fréquence et voir s'il faudra, comme le conseille Richelot, remplacer la subtotale par la totale dans le traitement des fibromes utérins.

L. Morel. — **Volumineux lipome de la grande lèvre.** — Femme de 25 ans, qui portait cette tumeur depuis son enfance; aucune douleur, sauf un peu de pesanteur locale pendant la marche. Mariée, un enfant. Rapports sexuels et accouchement du reste fortement gênés par l'obstacle. Il y a quelques mois, augmentation de volume de cette tumeur.

La tumeur, non douloureuse à la pression, molle, bosselée, mate, irréductible, sessile, occupait l'épaisseur de la grande lèvre gauche qui était dédoublée et recouvrait l'orifice vaginal. Elle avait plus que le volume du poing. L'ablation se fit sans difficulté.

La tumeur ne présentait pas de pédicule bien net et semblait développée aux dépens du panicule de la grande lèvre. Son aspect macroscopique est celui d'un lipome. L'examen histologique montre qu'il s'agit de lipome pur, sans travées fibreuses, et que le tissu conjonctif n'existe qu'autour des rares vaisseaux.

REVUE ANALYTIQUE

De la gangrène puerpérale spontanée des extrémités supérieures (Ueber spontane puerperale Gangrän beider oberen Extremitaten). E. FRAENKEL, *Monatsch. f. Geb. u Gyn.* Bd. XXII, Hft. 6, p. 781.

Le fait clinique, rare, intéressant que nous reproduisons plus bas mérite d'être rapproché des cas de *gangrène des extrémités inférieures chez les accouchées*, auxquels nous avons déjà consacré une revue générale (1). L'analyse attentive des symptômes notés dans l'observation paraît bien établir qu'il s'est agi d'une septicémie ayant essentiellement touché l'appareil cardio-vasculaire, une endocardite s'étant développée insidieusement, qui se traduisit assez tard par ses signes ordinaires et qui donna lieu à des accidents emboliques, suivis d'endartérite et de gangrène. En général, on admet pour ces sortes de cas deux modes pathogéniques : *a*) embolie dans un des *vasa vasorum* (Barraud) amenant des lésions de la tunique interne, à la faveur desquelles des germes pathogènes (streptocoques, anaérobies) se fixent, causant, en ces points, de l'endartérite septico-toxique, suivie d'oblitération ; *b*) ou bien oblitération d'une artère par effet d'une embolie ayant son origine dans une endocardite ulcéreuse, dans un thrombus du cœur gauche (ici aussi, suivant Köster, les colonisations bactériennes sur les valvules du cœur seraient précédées d'embolies capillaires affectant des ramifications de l'artère coronaire du cœur et produisant des ulcérations de l'endocarde). En ce qui concerne le *pronostic*, il serait encore plus sévère que celui de la *gangrène veineuse puerpérale des extrémités*, dont la mortalité pour les non-opérées atteint déjà, d'après Wormser, de 50 à 75 p. 100.

OBS. — 24 ans. Ipare, toujours bien portante, pas de maladie de cœur, fortement constituée, tissu adipeux bien développé. 1 an auparavant, avortement à 3 mois, spontané, sans aucune suite fâcheuse. *Dernière grossesse* : le 15 avril 1905 ; à 2 heures du matin, début des douleurs ; 3 heures après, écoulement des eaux. La sage-femme aurait pratiqué le toucher vaginal 3 fois, le médecin de famille le toucher rectal, le doigt explorateur étant muni d'un doigt de gant ; le 16, après 27 heures de travail, accouchement spontané d'un enfant vivant en présentation du sommet. Délivrance spontanée et complète au dire de la sage-femme. Or, *déjà après 24 heures*, en même temps que des douleurs dans la région hypogastrique droite avec irradiations vers le membre inférieur de droite, survenait de la fièvre, *toutefois sans frisson* ; d'ailleurs, il n'y eut jamais de frisson durant toute la maladie. Un médecin spécialiste appelé constata une couche gris jaunâtre sur une petite déchirure au niveau de la commissure postérieure, se prolongeant sous forme de raie le long des parois latérales du vagin jusqu'aux culs-de-sac, une couche lardacée au niveau de l'orifice externe ; de la sensibilité spontanée et à la pression au niveau de la corne utérine droite, l'utérus était, du reste, dans l'ensemble bien involué. Lochies rouges.

---

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1901, p. 290.

Annexes libres; *pas de signes de réaction péritonéale inflammatoire*, comme d'ailleurs pendant toute la durée de la maladie; météorisme léger, appétit et prise de nourriture suffisants; au début, de la constipation; puis, dans la dernière semaine de la maladie, diarrhée (*septique*). Urine toujours sans albumine. Insomnie, intelligence d'abord intacte, mais bientôt affectée. Déjà, dès le 1er jour, l'accouchée donnait l'impression d'une infection grave. Au soir du 1er jour de la maladie, T., 39°,6; P., 140-150; R., 36; le 7e jour *post partum*, T., 40°,4, qui se maintient à ce niveau presque sans rémission.

Le *traitement* fut successivement : injection sous-cutanée de 20 grammes de sérum antistreptococcique d'Aronson et de 10 grammes d'autre sérum. Le sérum étant resté sans effet, collargol *per rectum* (2 fois par jour, 0,25) et simultanément provocation d'un abcès de fixation à la Fochier. Localement, après lavage au lysol (1 p. 100) de l'entrée du vagin, etc., attouchements de la couche jaune verdâtre avec de l'eau oxygénée, de la teinture d'iode. Le 19 avril (4e jour *post partum*), exploration *négative* de l'utérus, injections utérines à l'eau stérilisée, au lysol, qui furent continuées régulièrement chaque jour, et dès le lendemain, combinées avec le tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine, etc. Le 10e jour, curettage prudent, etc. Nucléine et injection veineuse de collargol (0,05). Dès le début, alcool à hautes doses, nourriture liquide mais substantielle; tout cela, sans résultat. L'intelligence se trouble de plus en plus Au *cœur* et aux poumons, malgré des examens quotidiens, *rien d'anormal encore*.

Le 12e jour *post partum*, on remarqua, la malade étant au bain (les bains ayant été continués presque sans interruption depuis le début de la maladie), que le pouls ne battait plus tout le long du bras gauche, de l'artère axillaire jusqu'aux artères radiale et cubitale. Au même moment, tuméfaction notable et rougeur de la deuxième phalange de l'annulaire droit et douleur si vive qu'il fallut scier et enlever l'alliance; bras gauche pâle, peu tuméfié, pas douloureux. Pour la première fois, ce jour-là, on perçut un *léger souffle systolique* au foyer pulmonaire et vaguement à l'orifice mitral sans modification appréciable de la matité cardiaque. Le 13e jour, T., 40°,2; P., 130; R., 60; euphonie apparente; rien d'anormal constatable à l'utérus, aux annexes, au péritoine; suppression totale du pouls, au bras gauche qui est froid, pâle et un peu tuméfié jusqu'à l'articulation cubitale : gonflement et rougeur aux première et deuxième phalanges du 3e et 4e doigt de la main droite; souffle léger au niveau de l'artère pulmonaire; douteux à la mitrale.

Diagnostic. — *Septicémie* (bactérienne) *avec endocardite septique et gangrène par thrombose du bras gauche et commençante du bras droit.*

Pronostic, fatal.

Traitement. — Injections camphrées; injections sous-cutanées salines. Le jour suivant, 14, *le pouls disparaissait aussi du bras droit*, et la friabilité excessive des vaisseaux se traduisait par des sugillations au niveau des points des injections. Le 15e jour, *mort*. Pas d'autopsie.

R. L.

Tuberculose et grossesse (Tuberculose und Swangerschaft). Rosthorn, *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.* mai 1906, p. 581.

Les conclusions de ce travail, pour lequel l'auteur s'est associé A. Fraenkel, sont tirées de l'examen analytique de 25 cas, observés au cours de 3 années, sur un ensemble de 1.500 accouchements. Elles s'écartent assez, comme on va le voir, des restrictions sévères contenues dans la formule connue du professeur Peter : *fille, pas de mariage; femme, pas d'enfant; mère, pas d'allaitement.*

1° *La tuberculose peut apparaître pour la première fois au cours d'une grossesse, ou bien une tuberculose, qui existait déjà, peut progresser.*

Tout médecin a pu voir une femme jusqu'alors bien portante, ayant fréquemment des tuberculeux dans ses antécédents, ou bien ayant, quand elle était jeune fille, souffert de chlorose, de catarrhe des sommets, devenir tubercu-

leuse pendant la grossesse, succomber même après un accouchement prématuré ou à terme.

2° *D'autre part, une ou plusieurs grossesses peuvent, en dépit d'une tuberculose existante, tourner à bien sans que la tuberculose manifeste une influence fâcheuse quelconque.*

Il n'est pas rare que des médecins rencontrent des jeunes filles délicates, suspectes au point de vue de leurs poumons, appartenant même à des familles tarées, des jeunes filles même notoirement atteintes, qui cependant, sous l'influence du mariage, se fortifient, deviennent tout à fait bien portantes. Bien plus, des femmes même poitrinaires peuvent, sans aucune suite fâcheuse pour elles-mêmes, supporter plusieurs grossesses et mettre au monde des enfants sains. *Il est des cas bien authentiques dans lesquels la gestation a exercé une influence extrêmement heureuse sur l'évolution de la tuberculose.* Ce sont ces faits qui expliquent pourquoi, dans des temps déjà bien lointains, on conseillait le mariage aux jeunes filles faibles des poumons, tandis que la tendance actuelle est de le déconseiller aux femmes tuberculeuses, même légèrement atteintes.

Dans quels cas y a-t-il apparence que la grossesse influera ou non sur la tuberculose ?

La gestation paraît relativement inoffensive :

a) Chez les femmes où la maladie reste depuis longtemps stationnaire; chez celles tenues pour « relativement guéries », quand de plus l'état pulmonaire objectif est favorable, avec ou sans bacilles dans les crachats, quand l'état de nutrition est bon, qu'il n'y a pas eu de fièvre depuis un an, qu'il n'y a pas d'hémorragie.

b) La grossesse peut encore évoluer heureusement chez des malades qui présentent, à la vérité, des déterminations aux sommets récentes, mais bien localisées, à condition qu'il n'y ait pas de fièvre, que l'état de nutrition soit bon et qu'il ne périclite pas durant la gestation.

Par contre, *la grossesse paraît toujours grosse de dangers aux femmes malades de la poitrine*, dans les conditions suivantes:

a) Processus exubérants; désintégration rapide, hyperthermie forte et tenace ;

b) Quand, avec un état objectif même léger, la fièvre résiste en dépit d'un traitement rationnel (sanatorium, cure d'air, etc.) ;

c) Quand le processus ne reste pas limité aux sommets, au lobe supérieur du poumon ; qu'il atteint les lobes moyen et inférieur;

d) Quand la maladie des poumons se complique : 1° de maladies du cœur, 2° de maladies de l'appareil génito-urinaire, 3° d'affections du tube digestif, etc. ;

e) Surtout dans les cas de phtisie laryngée ;

f) Au cas de tare héréditaire lourde.

Jusqu'à enquête plus complète, voici les données directrices : dans les cas légers, comme dans les formes moyennes et même sévères, qu'il y ait ou non

de la fièvre, faire d'abord de l'expectation. Il faut apporter à l'hygiène de la grossesse la même sollicitude que réclame toute femme enceinte, chroniquement malade. Il faut naturellement surveiller avec la plus vive attention la maladie tuberculeuse (repos, sanatorium, cure spéciale indiquée souvent non pas malgré, mais à cause de la grossesse). La tuberculose peut s'arrêter ou arriver à une guérison relative à toute période de la grossesse.

Justification de l'interruption de la grossesse. — Il faut préférer l'avortement provoqué, intervention moins grave, à l'accouchement prématuré artificiel. La femme tuberculeuse qui supporte heureusement l'accouchement provoqué prématuré aurait, le plus souvent, supporté mieux encore l'accouchement à terme. C'est exceptionnellement qu'on sauvera par l'accouchement provoqué mère ou enfant, ou les deux, qui eussent été perdus autrement.

L'avortement provoqué peut et doit être discuté :

1° Dans tous les processus fébriles, destructifs, de date ancienne ou récente;

2° Dans les processus légers et même tout à fait légers, quand coexiste une des complications notées plus haut (la phtisie laryngée, surtout);

3° Dans les cas relativement guéris, lorsque, en dépit de conditions hygiéniques, diététiques convenables, survient un amaigrissement notable, progressif.

L'enfant doit entrer en ligne de compte, parce que même des femmes gravement malades peuvent donner la vie à des enfants sains, parce que la transmission intra-utérine de la tuberculose constitue une exception.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'indication précise de la nécessité et du moment de l'avortement provoqué.

La décision, dans un cas donné, doit être la conclusion d'une consultation d'un gynécologiste et d'un spécialiste expérimenté des affections pulmonaires.

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

NOTE SUR LES FIBROMES CERVICAUX A DÉVELOPPEMENT ANTÉRIEUR

Par le docteur **FÉLIX LEJARS**.

Je ne veux parler que des fibromes de la portion sus-vaginale du col ; ils ne sont pas rares, du reste ; parfois très volumineux et enclavés au fond du pelvis, immobilisables, ils rendent l'hystérectomie difficile ; ils se développent assez souvent sur les côtés et se montrent inclus dans les ligaments larges, ou encore, en arrière, sur le devant du cul-de-sac de Douglas qu'ils remplissent. Je désirerais vous soumettre quelques réflexions sur une autre variété de fibromes, j'entends les gros fibromes qui naissent et croissent aux dépens de la paroi antérieure du col, derrière la vessie, dans l'espace rétropubien et la région hypogastrique ; certes, ils sont très connus, eux aussi, mais pourtant certains de leurs caractères valent d'être relevés, car, dans quelques conditions, ils nécessitent un mode opératoire sur lequel il n'est peut-être pas inutile d'insister.

Deux types me paraissent à signaler dans ces *fibromes cervicaux à développement antérieur*, et je me contenterai de donner un exemple de chacun d'eux.

Dans le premier, le gros fibrome cervical *s'implante sur le col par un véritable pédicule* ; il reste mobile, au moins jusqu'à un certain volume, puis forme un bloc compact entre la vessie et le corps utérin. En voici un fait et un dessin.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, réglée à 14 ans et qui n'avait jamais eu d'accouchement ni de fausses couches. Elle souffrait du ventre, par intermittences, depuis quatre ou cinq ans ; dans les derniers mois, les douleurs étaient devenues continues, peu tolérables, localisées surtout à la partie inférieure et latérale gauche de l'abdomen et s'irradiant dans les lombes. Les règles étaient abondantes, mais il n'y avait jamais eu d'hémorragies intermenstruelles, ni de pertes proprement dites. A l'examen, on trouvait dans le cul-de-sac postérieur une masse ovoïde et régulière et, en avant, une autre tumeur, plus grosse que le poing, qui comblait

le cul-de-sac antérieur, et qui faisait relief au-dessus du pubis; cette tumeur était un peu mobile de bas en haut et latéralement, mais, en grande partie, enclavée derrière la symphyse. J'opérai la malade le 19 janvier 1905, et je reconnus tout de suite que la masse postérieure était représentée par l'utérus rétroversé, et l'antérieure par un gros fibrome légèrement bosselé : il se laissa facilement extraire et servit de tracteur pour attirer au dehors l'ensemble de la tumeur utérine ; il s'implantait sur le devant du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale,

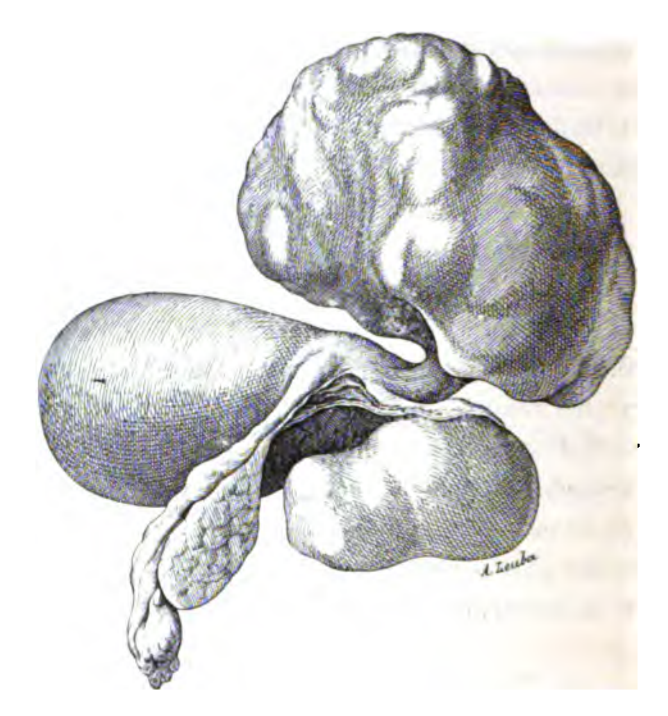


Fig. 1. — Fibrome précervical, pédiculé.

par une portion rétrécie, un vrai pédicule, du diamètre de deux doigts : il y avait, de plus, un fibrome moins volumineux de la face postérieure de l'utérus (fig. 1). L'hystérectomie supra-vaginale fut pratiquée et suivie de péritonisation, et l'opérée quittait, guérie, l'hôpital Tenon le 23 février.

Il convient de faire une large place à ce type de fibromes pédiculés du col dans les tumeurs de la cavité de Retzius, que mon élève le docteur Izard a bien étudiées dans sa thèse ; mais je n'insiste pas, cette première variété ne présentant qu'un certain intérêt diagnostique et ne compliquant nullement, grâce à la mobilité de la tumeur, la besogne opératoire.

Le second type est tout différent; cette fois, le fibrome se développe en *nappe continue et sessile*; il peut acquérir des dimensions considérables et devient alors d'extirpation fort compliquée. Je choisirai comme exemple le fait suivant, tout à fait caractéristique, celui d'une dame de 42 ans, auprès de laquelle je fus appelé, en 1904, pour des accidents un peu particuliers. Mère de deux enfants, la malade souffrait du ventre depuis plus de dix ans; depuis longtemps, on avait reconnu l'existence d'une tumeur pelvienne, mais la nature semblait en être restée douteuse; en tout cas, on avait toujours reculé devant une intervention, et des traitements médicaux divers avaient été appliqués. La malade avait eu quelques hémorragies utérines, peu importantes; mais, dans le dernier mois, la situation était devenue critique: le ventre avait considérablement grossi, les douleurs étaient très vives et gênaient tout déplacement, la maigreur était progressive, enfin une incontinence continue d'urine s'était produite, et de temps en temps, un peu de sang était mélangé à l'urine. Au palper, du reste assez malaisé, de l'abdomen, on constatait une tumeur irrégulière, non mobilisable, qui remontait jusqu'à l'ombilic; cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale, elle semblait faire corps avec elle, surtout dans la zone de Retzius, qu'elle distendait et soulevait en relief; au toucher, on retrouvait, au-devant du col, son pôle inférieur et l'absence de mobilité se confirmait; en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait une tumeur moins dure qui semblait être le corps utérin. Les accidents vésicaux et, en particulier, l'urine sanglante qui, à plusieurs reprises, avait paru, l'amaigrissement, le mauvais état général, le développement rapide de la masse dans les derniers mois, avaient fait craindre un néoplasme malin. Sans repousser complètement l'hypothèse d'une dégénérescence, le diagnostic de fibrome me parut s'imposer, et, toutes réserves faites sur la gravité de l'intervention, j'opérai.

L'incision pratiquée, j'ouvris le péritoine très haut, non loin de l'ombilic, et je prolongeai prudemment la section de haut en bas; je découvris, en effet, une masse énorme, qui émergeait du bassin et remplissait toute sa moitié antérieure, et au-devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée; en arrière de cette masse, on trouvait l'utérus, lui-même volumineux, et refoulé en arrière. J'incisai le feuillet séreux péri-utérin un peu au-dessus du cul-de-sac supérieur de la vessie, je le décollai peu à peu, en le rabattant, comme une vaste poche vide, sur le pubis; la tumeur sous-jacente était étendue d'un côté à l'autre du bassin,

descendait tout au fond de la cavité pelvienne et ne semblait nullement mobilisable ; pourtant, je commençai à la libérer à la compresse, suivant lentement sa surface antérieure, descendant peu à peu, et poursuivant sur les côtés le travail de dissection ; je parvins enfin à atteindre la limite inférieure de la masse, elle se laissa un peu relever, suffisamment pour que, les ligaments larges ayant été pincés et sectionnés, le vagin pût être

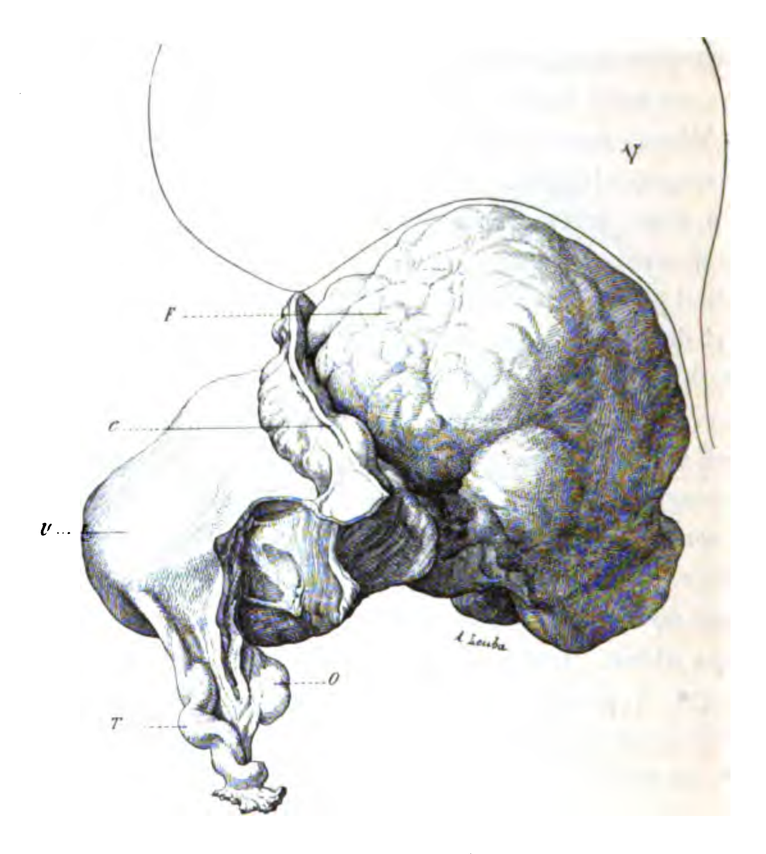


Fig. 2. — Fibrome précervical, sessile.
C., Face antérieure du col ; — F., Fibrome précervical. — O., Ovaire. — T., Trompe utérine. U., Utérus. — V., Vessie.

incisé transversalement en avant et, peu à peu, sectionné. Il restait, après cette hystérectomie totale, une très large cavité cruentée, le vagin fut fermé, les ligaments larges péritonisés, et la cavité fut rétrécie autant que possible par la suture du péritoine voisin, et finalement marsupialisée : un gros drain y fut laissé.

Les suites de cette intervention, assez complexe, furent très bonnes ; il y eut de la rétention partielle d'urine pendant quelques jours, et peu à

peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement. La guérison se fit sans incident notable en vingt-cinq jours.

Comme le montre le dessin (fig. 2), il s'agissait d'un très volumineux fibrome, diffus, de la face antérieure du col, qui s'était développé sous le péritoine, en refoulant et comprimant la vessie, et en se prolongeant derrière la paroi abdominale; il était gros comme les deux poings. J'ajoute que le tissu était celui du fibrome ordinaire, et qu'il n'y avait aucune trace de néoplasme.

Il est très utile, je pense, de bien connaître cette variété curieuse de fibromes antérieurs du col, qui, lorsqu'ils ont acquis un grand développement, créent des accidents vésicaux et peuvent susciter au diagnostic des difficultés. Leur ablation exige une technique un peu particulière : il importe, d'abord, de se méfier de la vessie, qui, d'ordinaire, remonte à une hauteur anormale en pareil cas, et serait aisément blessée au cours de l'incision de laparotomie ; on aura soin, le ventre ouvert, et pour procéder au décollement vésical et à la libération de la tumeur, d'inciser le péritoine pré-utérin le plus haut possible et de commencer, de très haut en bas, le travail de dissection, ou plutôt de dénudation progressive, à la compresse ; dans ce travail, on devra se tenir toujours au contact même de la tumeur, isoler sur elle, frotter sur elle, et ce sera le meilleur moyen d'éviter la vessie et les uretères. On poursuivra cette libération progressive, doucement, méthodiquement, aussi bas qu'il sera nécessaire, aussi loin qu'il le faudra sur les côtés ; dès qu'on aura atteint le bord inférieur de la tumeur, et alors seulement, elle se laissera relever, assez, du moins, pour qu'on puisse sectionner la partie toute déclive du col ou la paroi vaginale.

A PROPOS DE CERTAINES PERFORATIONS GANGRÉNEUSES DE L'UTÉRUS POST-ABORTUM

Par **ANDRÉ LAPOINTE**, Chirurgien des hôpitaux.

La perforation de l'utérus au centre d'une plaque de gangrène circonscrite n'est pas exceptionnelle à la suite de manœuvres abortives. J'ai eu récemment l'occasion d'intervenir sans succès dans un cas de ce genre, que j'ai présenté à la Société de Chirurgie (1). Voici cette observation, résumée pour la partie clinique; la description anatomo-pathologique de la pièce fixera les caractères des lésions dont il s'agit.

Obs. — X..., 23 ans, entrée à Saint-Antoine le 7 février 1906. Elle présente tous les signes d'une péritonite généralisée post-abortum. L'accident date de trois jours. Je pense à une perforation utérine ou à une métrite septique post-abortum.

Laparotomie : l'intestin est rouge et distendu, du liquide « bouillon sale » coule en abondance, surtout du petit bassin. Aucune adhérence protectrice. Une large zone sphacélique apparaît sur la face postérieure de l'utérus.

Hystérectomie supra-vaginale ; un drain par le Douglas dans le vagin ; un autre dans chaque fosse iliaque.

Mort le quinzième jour, de septicémie subaiguë.

Examen macroscopique de la pièce. — Le corps utérin enlevé a le volume d'un utérus gravide de deux mois environ. Sur la face postérieure, près du fond, on voit une perforation au centre d'une zone gangrenée. L'orifice, qui laisse passer facilement une bougie n° 27, a la forme d'un cratère ouvert du côté de la cavité péritonéale, à bords irréguliers et déchiquetés.

Tout autour de la perforation existe une zone qui a la surface d'une pièce de 5 francs et tranche par sa coloration brunâtre, feuille morte, sur le reste de l'utérus légèrement congestionné. Cette plaque, percée d'un trou central, est molle, dégage une odeur de putréfaction caractéristique et se trouve séparée des régions voisines, saines en apparence, par une ligne régulièrement circulaire où commence à s'accuser par places un sillon d'élimination.

Dans l'utérus fendu sur la ligne médiane postérieure, on ne trouve rien qui rappelle l'embryon. La cavité est remplie de caillots, et la muqueuse semble complètement détruite. La paroi musculaire a une épaisseur de 2 centimètres environ et ne présente sur la coupe aucune modification appréciable

---

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, rapport de M. Picqué, 5 juin 1906.

à l'œil nu, sauf autour de la perforation. On voit, en effet, que l'escarre intéresse toute l'épaisseur de la paroi et forme un coin, à base périphérique, qui commence à se libérer des tissus voisins.

Examen histologique (prof. Cornil). — Le contenu pulpeux et brunâtre qui comble la cavité utérine est constitué par du tissu nécrosé, sans apparence de villosités choriales, ni de glandes. On y voit pourtant des vaisseaux, sans qu'on puisse déterminer s'ils appartiennent au chorion ou à la couche superficielle nécrosée de l'utérus ; pas de microbes bien nets, mais des granulations de pigment sanguin en abondance. On voit aussi des cellules lymphatiques ou conjonctives. L'examen de ce magma intra-cavitaire donne le même résultat au niveau de la partie inférieure qu'au niveau du fond de la cavité.



Les coupes de la paroi comprenant l'escarre et la zone voisine montrent que, du côté de la cavité, le tissu musculaire de l'utérus est à nu, sans trace de glandes ni de revêtement muqueux. Autour de la perforation, on distingue trois zones concentriques d'aspect différent :

1° Une zone nécrosée dont les éléments ne se colorent plus ;

2° En dehors de l'eschare, le tissu utérin reconnaissable est infiltré de foyers hémorragiques. On y voit de larges cavités lymphatiques des veines dilatées et thrombosées ; les caillots sont remplis de globules de pus polynucléaires, qui infiltrent aussi le tissu de la zone limitante et constituent, par places, de petits abcès miliaires ;

3° Plus profondément, même aspect, mais les faisceaux musculaires sont très écartés les uns des autres par de l'œdème, dont le liquide renferme de nombreux leucocytes, surtout des polynucléaires.

La recherche des microbes est malaisée, par suite de la présence du pigment sanguin provenant des hémorragies. On y voit cependant des amas de cocci arrondis (staphylocoques ou streptocoques), mais en petit nombre.

En somme, il y a œdème et infiltration purulente du parenchyme, nécrose de la muqueuse dans toute l'étendue du corps utérin, et nécrose totale de la paroi autour de la perforation.

En somme, un trou autour duquel existe un bloc de gangrène pariétale, tel est le fait essentiel qui m'a frappé, comme il avait frappé déjà d'autres observateurs, gynécologues ou médecins légistes.

Quel est le mécanisme de ces lésions? S'agit-il d'une gangrène secondaire à la perforation ou d'une perforation secondaire à la gangréne, en un mot d'une gangrène perforante?

Au premier abord, le cas paraît banal : il s'agit d'une perforation traumatique causée par l'introduction d'un instrument rigide et la traversée brutale de la paroi. Dans cette hypothèse, une simple infection nécrosante aurait provoqué la gangrène des tissus voisins de la solution de continuité. Comme l'a écrit Tardieu, « l'inflammation gangreneuse pourrait agrandir la lésion traumatique et lui donner l'apparence d'une altération spontanée ».

Malgré la logique d'une telle interprétation, il est permis de la discuter, et certaines particularités des lésions font penser en effet à l'existence d'une gangrène perforante. L'aspect irrégulier et déchiqueté de la perforation, sa disposition en cône à base dirigée du côté du péritoine s'expliqueraient bien aussi par la déhiscence spontanée d'une escarre. La perforation ne serait plus dès lors que la conséquence médiate des manœuvres abortives, l'aboutissant de l'inflammation septique et gangréneuse qu'elles auraient provoquée.

La malade a bien voulu me faire quelques confidences au sujet des manœuvres qu'elle aurait subies. La personne qui l'avait... opérée avant moi se serait servi simplement d'une seringue pour injecter dans la matrice un liquide blanchâtre. S'agissait-il d'eau de savon ou d'un liquide caustique? La nécrose totale de la muqueuse, telle que le microscope ne put en trouver trace même à distance de la perforation, peut, à la rigueur, faire penser à la pénétration d'un caustique, dont l'action se serait concentrée sur la paroi postérieure de l'utérus. L'injection intra-utérine, classique chez les professionnelles de l'avortement, me semble un moyen peu propice pour réaliser brusquement la perforation, par la canule d'une aroi utérine épaisse de 2 centimètres. Un renseignement

étiologique fourni par la malade elle-même n'a, bien entendu, qu'une valeur relative ; mais, rapproché des caractères de la pièce, il confirme l'impression que j'ai eue d'une perforation par gangrène consécutive à des manœuvres septiques et peut-être à l'injection d'un liquide caustique.

D'autres auteurs ont eu déjà cette impression dans des cas analogues. Ainsi Winter (1), constatant sur l'utérus d'une femme morte de péritonite généralisée, après avortement criminel, une plaque de gangrène grande comme une pièce de 5 marks et perforée à son centre, admet une métrite infectieuse et gangréneuse avec perforation secondaire. L'année suivante, Richardière (2) étudie les perforations utérines avec gangrène localisée et les oppose aux perforations traumatiques proprement dites. « Dans ces cas de perforation gangréneuse, écrit-il, l'utérus ne serait d'abord qu'incomplètement perforé. Que l'agent d'avortement soit virulent, le sphacèle suivra le traumatisme. Grâce aux progrès de la gangrène, l'utérus ne tardera pas à être perforé complètement. » Plus récemment, MM. Maygrier et Thoinot (3) présentaient à la Société d'obstétrique trois pièces de gangrène utérine d'origine abortive, et admettaient la possibilité d'une perforation consécutive à la gangrène. Enfin, M. Macé (4) montrait à la même Société un utérus perforé et gangrené enlevé par M. Mauclaire : ici encore MM. Budin, Porak, Maygrier pensent à la perforation secondaire à la gangrène perforante. Or, à en juger par le dessin qui accompagne l'observation de M. Mauclaire, reproduite dans ces *Annales* (5), sa pièce offrait avec la nôtre une analogie frappante.

Enfin, dans la thèse récente de M. Ch. Paul (6), figure le compte rendu d'une autopsie de M. Socquet où je relève les détails suivants : sur le fond d'un utérus on voyait quatre plaques de sphacèle ; trois d'entre elles présentaient un orifice irrégulier ; mais au niveau de la quatrième, l'escarre n'était pas encore perforée. L'expert avait admis la gangrène perforante.

Il résulterait donc de ces faits que toutes les perforations de l'avor-

---

(1) WINTER, *Centralbl. für Gynæk.*, 1886, p. 815.

(2) RICHARDIÈRE, Des perforations utérines avec gangrène localisée. *Ann. d'hyg. pub. et de médecine légale*, 1887, p. 427.

(3) *Bull. de la Soc. d'obstétr.*, 1901, p. 364.

(4) *Bull. de la Soc. d'obstétr.*, 1901, p. 359.

(5) *Annales de gynécol. et d'obst.*, février 1903.

(6) *Contribution à l'étude de l'avortement criminel.* Thèse de Paris, juillet 1906.

tement ne reconnaîtraient pas toujours pour cause la traversée brusque de la paroi par un instrument maladroit, et qu'à côté des perforations traumatiques proprement dites il faudrait réserver une place aux perforations par gangrène.

La gangrène perforante de l'utérus existe du reste en dehors de l'avortement. La métrite gangréneuse, ou métrite disséquante des suites de couches, aboutit parfois à la perforation, et dans un mémoire bien connu, Bechmann (1) relevait 6 fois cette grave complication sur 40 cas.

On devait naturellement se demander si la perforation gangréneuse post-abortum ne pourrait pas survenir en dehors de toute intervention criminelle, à la suite d'un avortement spontané, compliqué d'infection. Ainsi, dans une de ses expertises, M. Thoinot avait conclu à la perforation par gangrène spontanée, c'est-à-dire indépendante de toute manœuvre intra-utérine ; l'enquête judiciaire n'avait pu relever, paraît-il, aucune suspicion d'avortement criminel. Et M. Socquet, dans le cas cité plus haut, formulait la conclusion suivante : « La gangrène utérine peut avoir été provoquée par des manœuvres criminelles et septiques, mais elle a pu également se développer spontanément. »

Cette question de la gangrène spontanée post-abortum offre, au point de vue médico-légal, une importance évidente ; mais elle est extrêmement difficile à résoudre, puisqu'on peut toujours suspecter les dénégations de la malade ou les résultats négatifs d'une enquête judiciaire. Il faut néanmoins convenir que la conception d'une gangrène consécutive à l'infection par avortement spontané n'a rien d'illogique, et cela suffit pour justifier la prudence qui inspire habituellement les conclusions de nos médecins légistes dans les cas de ce genre.

***

Au point de vue purement chirurgical, la perforation gangréneuse post-abortum a des conséquences sur la gravité desquelles il est à peine besoin d'insister. L'infection péritonéale est fatale et présente dans tous les cas les caractères anatomo-cliniques de la péritonite plus ou moins généralisée. La diffusion des lésions et la nature des exsudats péritonéaux différeront suivant la virulence de l'infection utérine propagée par la perforation.

---

(1) Die puerperale Uterusgangrene. *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynækol.*, 1900, p. 423.

Il sera toujours facile de reconnaître l'origine abortive de la péritonite, mais l'existence et surtout la nature gangréneuse de la perforation risquent fort d'être méconnues. L'exploration intra-utérine pourrait seule renseigner. Comment distinguer en effet, autrement qu'en passant le doigt ou un instrument dans le trou, la péritonite par perforation de la péritonite par infection lymphatique ou de celle par propagation tubaire ? On a prétendu que la fétidité particulière des pertes caractériserait la gangrène utérine : ce symptôme n'a guère de valeur et l'expulsion de fragments d'escarre serait le seul signe caractéristique. En pratique, il faut toujours penser à la perforation utérine, en face d'accidents péritonéaux consécutifs à une fausse couche ; mais la précision du diagnostic étiologique n'est pas indispensable, car la constatation d'une péritonite généralisée suffit pour fixer la conduite à suivre. C'est pourquoi dans mon cas je me suis abstenu de toute exploration intra-utérine, me réservant d'agir sur l'utérus si la laparotomie m'en fournissait l'indication.

La laparotomie représente en effet le seul traitement logique de la péritonite puerpérale généralisée, quelle que soit son origine ; elle doit constituer le premier temps de l'intervention, que complétera, dans certains cas seulement, l'extirpation de l'utérus.

Je n'ignore pas qu'une simple colpotomie postérieure a pu parfois donner des résultats inattendus, dans des cas où la généralisation péritonéale ne semblait pas douteuse. Ainsi Léon Sourdille (1) a publié récemment 4 observations, où le drainage par le Douglas sans drainage sus-pubien suffit à sauver 2 malades. Malgré ces deux succès, la seule incision du cul-de-sac postérieur ne me paraît pas une pratique recommandable : j'ai peur que le désir de réduire au minimum le traumatisme opératoire n'ait pour conséquence un drainage insuffisant ; bonne pour les infections limitées au pelvis, la colpotomie n'est plus de mise quand il s'agit d'évacuer en même temps les parties hautes de l'abdomen. De plus, dans les cas qui nous intéressent, elle risquera de méconnaître l'existence de la perforation, qui ajoute nécessairement à l'indication du drainage celle du traitement de la lésion utérine.

L'hystérectomie vaginale elle-même n'assurerait guère mieux l'évacuation qu'une simple colpotomie, et, à ce point de vue, elle n'offre pas, dans les cas de péritonite généralisée, la supériorité qu'elle a sur l'inci-

---

(1) Traitement de l'infection puerpérale grave par la laparotomie ou la colpotomie sans hystérectomie. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1906, p. 857.

sion du cul-de-sac postérieur, quand il s'agit d'évacuer des pyosalpinx virulents ou des collections paramétritiques qu'on ne pourrait aborder sans danger par l'abdomen. Elle offre, en outre, le gros inconvénient de consentir d'emblée à la suppression de l'utérus, qui ne s'impose pas nécessairement en cas de péritonite puerpérale.

Le drainage de l'abdomen, telle est l'indication précise et fondamentale. L'incision sus-pubienne, combinée à l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, la remplit mieux que la simple colpotomie. Si du liquide coule aussi de la partie supérieure de l'abdomen, il ne faut pas hésiter à multiplier les orifices de drainage, dans les fosses iliaques et dans les régions lombaires, comme s'il s'agissait d'une péritonite d'origine appendiculaire.

La perforation utérine fournit évidemment une indication complémentaire, qui peut varier suivant les cas. Comme l'a fait M. Picqué, dans la thèse de son élève Morlet (1) et dans le rapport qu'il lut à la Société de chirurgie sur mon observation, il faut distinguer les perforations entourées de tissus sains et les perforations qui siègent au centre d'une zone pariétale infectée. Dans les faits du premier groupe, la conservation de l'utérus après suture de la perforation est tout à fait légitime. Mais quand la paroi utérine perforée est profondément infectée, par exemple en cas de perforation gangréneuse, on ne peut guère songer à la suture, qui nécessiterait une résection jusqu'en tissu sain de la zone pariétale altérée.

Alors deux pratiques sont possibles. On peut utiliser la perforation pour drainer à la fois le bassin et l'utérus vers le vagin. C'est ce que fit, pour la première fois sans doute, notre collègue Villemin (2). Son opérée succomba; mais M. Poirier (3), agissant de même dans un cas plus récent, obtint un beau succès. Cette conduite a pour elle l'avantage de la rapidité et de la simplicité, et, pour ma part, je n'hésiterais pas à y recourir, dans les cas où la gravité de l'état général ne permettrait pas de supprimer l'utérus.

Cette manœuvre de nécessité n'en reste pas moins indiquée dans la majorité des cas, et l'hystérectomie supra-vaginale, plus rapide et plus facile que la totale dans un ventre où l'intestin distendu par la péritonite peut gêner l'opérateur, me semble préférable.

(1) *Perforation de l'utérus puerpéral post-partum et post-abortum.* Thèse de Paris, 11 mai 1905.

(2) D'après Rebreyent, Th. de Paris, 1900.

(3) D'après Rebreyent, *l. c. cit.*

Péritonites par perforation utérine *post-abortum*.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	NATURE DES ACCIDENTS	NATURE DE L'INTERVENTION	RÉSULTATS
KELLY, *Th. Amer. J. of Obst.*, 1891.	Péritonite généralisée datant de 6 jours.	Drainage sus-pubien. L'utérus est perforé en arrière et très bas. Pas de traitement de la perforation.	Mort au bout de 4 jours.
VINCENT, *Soc nat. de médecine de Lyon*, 6 juillet 1896.	Péritonite Prolapsus de l'intestin à travers une perforation	Incision sous-ombilicale. Entéro-anastomose. Suture de la perforation.	Mort le lendemain.
HIRST, *American J. of Obstetric*, 1899.	Avortement criminel, péritonite.	Hystérectomie abdominale. Cavité pelvienne remplie de pus infect. Perforation.	*Guérison.*
VILLEMIN, in Th. de REBREYENT, 1901, Obs. 134.	Péritonite généralisée datant de 48 heures.	Laparotomie. Drainage abdomino-vaginal par la perforation	Mort.
POIRIER, in Th. de REBREYENT. 1901, Obs. 138.	Début des accidents remontant à 9 jours.	Drainage abdomino-vaginal par la perforation ; 4 autres drains dans l'abdomen ; 2 collections pelviennes et péritonite généralisée.	*Guérison.*
ZWEIFEL in Th. de WILISCH, Leipzig, 1901, Obs. 14.	Péritonite datant de 5 jours	Laparotomie médiane, drainage abdominal ; extirpation de l'utérus par le vagin. Perforation sur la paroi antérieure.	Mort rapide.
J.-L. FAURE. in Th de REBREYENT, Obs. 126.	Accidents infectieux datant de 5 jours.	Hystérectomie. Drainage abdomino-vaginal. Perforation du fond de l'utérus.	Mort au bout de 2 jours.
MAUCLAIRE, *Annales de gynécol. et d'obstét*, 1903.	Accidents datant de 8 jours.	Laparotomie, hystérectomie supra-vaginale, drains abdominaux multiples et drainage abdomino-vaginal. Perforation gangréneuse.	Mort rapide.
MAUCLAIRE, in Th. de MIQUEL, 1902, Obs. 27.	Perforation par la curette dans un utérus infecté post-abortum ; intervention le soir même.	Laparotomie, hystérectomie supra-vaginale. Drainage abdomino-vaginal.	Mort rapide
LE LORIER. in Th. de CH. PAUL, Paris 190 . Obs. 2	Péritonite généralisée, suite d'avortement criminel.	Hystérectomie vaginale.	Mort au bout de 4 jours.
LE LORIER, in Th. de CH. PAUL. Obs. 5.	Perforation reconnue pendant un curettage pour infection post-abortum avec signe de péritonite.	Hystérectomie vaginale.	*Guérison.*
A. LAPOINTE, *Bull. et Mém de la Soc. de Chir*. 5 juin 1906.	Péritonite généralisée post-abortum datant de 3 jours.	Laparotomie, perforation gangréneuse ; hystérectomie supra-vaginale ; drainage abdomino-vaginal.	Mort au bout de 15 jours.

Telles sont les règles qui me paraissent applicables au traitement des péritonites aiguës par perforation septique de l'utérus. Il faut avant tout drainer largement par en haut et par en bas, comme dans toute péritonite puerpérale ; suturer les bords de la perforation s'ils sont en bon état ; faire l'hystérectomie dans le cas contraire, et en particulier s'il s'agit d'une perforation gangréneuse.

Est-il besoin d'ajouter que les résultats du traitement n'ont pas été brillants jusqu'alors et qu'ils ne le deviendront sans doute jamais ? On n'a que rarement l'occasion de faire des laparotomies précoces après l'avortement provoqué, et on ne peut guère espérer que ses victimes viennent demander secours à la chirurgie sans avoir prolongé jusqu'à la dernière limite une trop discrète expectation.

Voici, d'après des documents tirés d'un récent mémoire de M. Jeannin (1), des chiffres qui montrent bien la gravité relative des péritonites post-abortum par perforation.

Sur 35 péritonites aiguës post-abortum opérées, je relève 18 guérisons et 17 morts, qui, au point de vue qui nous intéresse, se répartissent ainsi :

26 cas sans perforation	16 guérisons = 61,6 p. 100. 10 morts = 38,4 p. 100.
9 cas avec perforation	2 guérisons = 22,3 p. 100. 7 morts = 77,7 p. 100.

Bien que les documents de M. Jeannin aient le défaut commun à toutes les statistiques d'observations isolées, ils permettent néanmoins une comparaison utile entre les deux séries précédentes, et nous voyons que la présence d'une perforation utérine doublerait les insuccès opératoires.

Dans le tableau ci-joint figurent 12 observations avec 3 guérisons seulement, soit une mortalité de 75 p. 100.

(1) Traitement chirurgical des péritonites puerpérales généralisées. *L'Obstétrique*. mai 1906.

GANGRÈNE PARTIELLE DE L'UTÉRUS
A LA SUITE DE CONTRACTION TÉTANIQUE PROLONGÉE

FEMME MORTE D'HÉMORRAGIE

Par le docteur **LOUIS BLEYNIE**, professeur de clinique obstétricale
à l'école de médecine de Limoges.

Femme de 36 ans, entre à la clinique le 1er août 1904, à 9 heures du soir; elle en est à sa quatrième grossesse, pas d'antécédents pathologiques.

Première grossesse normale, accouchement spontané et à terme; il en est de même de la deuxième; la troisième s'est terminée par un forceps, enfant mort.

Grossesse actuelle. — Cette femme ne se souvient pas de la date de ses dernières règles; elle raconte qu'il y a huit jours elle a perdu du sang à plusieurs reprises, puis qu'elle a perdu de l'eau, qu'à partir de ce moment elle n'a plus perdu de sang et affirme qu'elle n'a jamais eu de douleurs. Elle a continué à circuler à pied et en voiture (elle est marchande ambulante); ce n'est que le 31 juillet, sept jours après la rupture des membranes, qu'elle consulte un médecin d'une ville voisine, qui lui conseille de venir immédiatement à la clinique.

Au moment de son entrée il s'écoule par la vulve un liquide d'odeur infecte; l'utérus est fortement rétracté; il donne, à la palpation, la sensation d'un bloc de plâtre; au toucher, on trouve le col fermé, mais Mlle Etienne, maîtresse sage-femme, peut, avec peine, l'ouvrir suffisamment pour faire le diagnostic de présentation de l'épaule, mais il est impossible de pousser plus loin l'exploration.

L'urine est albumineuse.

Pendant la nuit on donne, toutes les heures, une injection antiseptique tiède.

Le 2, les choses sont dans le même état; l'utérus est toujours tétanisé, il résiste à l'anesthésie chloroformique; à 3 h. 55 de l'après-midi, on applique, sans conviction et très péniblement, deux branches de l'écarteur Tarnier, qu'on retire à 9 h. 20 et qui n'ont donné aucun résultat.

Le 3 au matin, il est toujours impossible de dilater le col; il s'écoule toujours par la vulve un liquide d'une odeur repoussante. Nous nous décidons à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

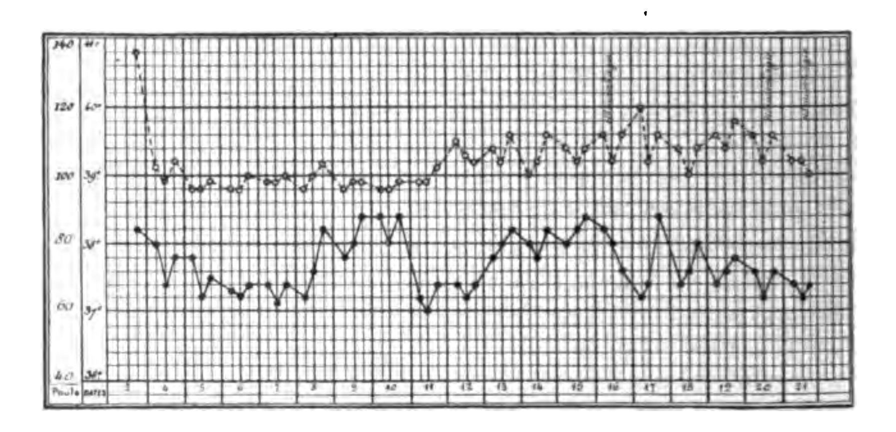
Malheureusement, quand la narcose chloroformique est complète, au moment où mon collègue Donnet se dispose à ouvrir l'abdomen, on constate par le toucher que le col est suffisamment dilatable pour pratiquer l'embryotomie; nous nous décidons pour cette dernière, décision que nous n'avons pas tardé à regretter. L'opération est pratiquée par le docteur Donnet, non sans de grandes

difficultés, le col ne se laissant pas complètement dilater et le corps étant toujours en état de contraction permanente.

Pour la délivrance, on n'a eu qu'à cueillir le placenta, qui était complètement décollé et flottant dans la cavité utérine.

Ce placenta était très aplati, peu épais et sec comme une plaque de tissu musculaire qui aurait passé à la presse; il était de forme rectangulaire et s'était certainement trouvé comprimé entre le dos de l'enfant et la paroi utérine; les membranes étaient dans un tel état de décomposition et de morcellement qu'il a été impossible d'en faire la mensuration.

Suites de couches. — Température après l'accouchement 37°,8, le soir 38°,2. Grand lavage antiseptique de la cavité utérine trois fois par jour. Jusqu'au cinquième jour la température vespérale se maintient à 37°,4 ; le sixième jour elle monte à 38°, 2; le septième et le huitième à 38°,4.



Chaque fois qu'on donne l'injection intra-utérine, il sort de l'organe des gaz à odeur repoussante, et ceci dès le lendemain de l'accouchement; en pressant sur l'utérus, ils s'échappent bruyamment par la vulve. La consistance de l'utérus n'est pas partout la même, sa surface n'est pas régulière; on trouve du côté droit, vers la fosse iliaque, une espèce de tumeur plus grosse que le poing et consistante; le reste de l'organe est mou, il offre par place de petites tumeurs de même consistance que celle du côté droit, mais beaucoup moins volumineuses, ce qui donnerait la sensation d'un utérus fibromateux. Manifestement, l'utérus n'est rétracté qu'en certains points, le reste étant en état d'inertie.

Le 16 août, quatorzième jour des suites de couches, hémorragie des plus abondantes, pouls 120; injection intra-utérine à 48°, ergotine, caféine, éther, 900 grammes de sérum.

Le 18, nouvelle hémorragie, au moins aussi abondante que la première; tamponnement intra-utérin.

La question de l'hystérectomie se pose de nouveau et s'imposerait même si n'était l'extrême faiblesse de la malade.

Le 21, nouvelle hémorragie qui emporte la malade.

Autopsie. — Tous les organes autres que l'utérus sont sains ; ils sont très anémiés. Pas de liquide dans le péritoine.

Utérus. — Parois molles et minces, réduites en certains endroits à l'épaisseur d'une feuille de papier ; toute la surface interne de l'organe a l'aspect gangréneux. Dans de nombreux points on trouve des plaques où la paroi utérine est sphacélée dans toute son épaisseur ; très certainement ces points se trouvaient en contact avec les saillies fœtales pendant la tétanisation de l'utérus et les hémorragies ont fait leur apparition au moment où les escarres ont commencé à se détacher.

Je ne sais si l'on a publié des cas analogues ; il n'en est pas question dans les traités classiques, c'est ce qui m'a engagé à mettre celui-ci sous les yeux des lecteurs des *Annales de gynécologie*.

Comme conclusion, je crois qu'on peut admettre que, dans des cas semblables, l'hystérectomie abdominale totale est l'intervention de choix, même peut-être en l'absence de toute infection ; et si un cas analogue se présentait, je n'hésiterais pas à me décider pour l'hystérectomie, sans tenter l'embryotomie, et j'avoue volontiers que nous aurions dû pratiquer l'opération après la première hémorragie.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON.
PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

LE DRAINAGE DANS LES LAPAROTOMIES DU DOMAINE GYNÉCOLOGIQUE

Par M. H. VIOLET, moniteur de la clinique.

(*Suite et fin.*)

5° Essai sur les indications actuelles du drainage.

Peut-on dégager certaines formules qui puissent servir de guide dans les indications et les contre-indications du drainage après les laparatomies du domaine gynécologique ? Certains avant nous ont essayé de grouper les cas opératoires à ce point de vue ; d'autres ont émis leur opinion à l'occasion des différentes affections : hématocèles, kystes, hystérectomie pour salpingites, etc.

Parmi ces derniers, citons Ricard (1), M. le professeur F. Terrier (2), Faure (3), Richelot (4).

Après avoir mentionné la thèse de Berruyer, inspirée par Jayle, et la thèse de Pamard, inspirée par Walther, nous citerons deux travaux : l'un de M. le professeur Pozzi, l'autre de Pierre Delbet, dans lesquels la question se trouve très bien posée et résolue d'une façon un peu différente, de par ce fait surtout qu'ils ont été écrits à des phases différentes de la chirurgie.

M. le professeur Pozzi reconnaît au drainage du péritoine les indications suivantes :

1° Lorsqu'on craint un suintement sanguin ou un écoulement séreux ;

2° Quand on laisse une portion de paroi de kyste, de tissus suppurants, ou que le péritoine fait défaut ;

3° Lorsque la destruction étendue du péritoine fait douter de l'absorption ;

4° Lorsque, par suite de la longue durée de l'opération, les intestins ont perdu leur tonicité.

(1) RICARD, Rapport sur l'hystérectomie abdominale totale. *Congrès de Chirurgie*, 1898.
(2) F. TERRIER, in Thèse de Delage.
(3) FAURE, in *Chirurgie des Annexes*.
(4) RICHELOT, *Chirurgie de l'utérus*.

Nous ne voulons point discuter de suite le bien fondé de ces indications ; nous voulons seulement établir si le cadre de la discussion est complet, si le problème se trouve bien posé.

Dans ces quelques formules, il y a des indications que nous pourrions discuter telles quelles, mais un certain nombre ont été omises. Voyons tout de suite les autres auteurs.

Pour Legueu (1), on doit restreindre l'emploi du drainage aux cas seuls suivants : hémorragies en nappe ou dangers d'hémorragie, adhérences étendues, rupture de pyo-salpinx, présence dans le péritoine de foyers purulents incomplètement enlevés et dangers de septicémie.

Pierre Delbet a étudié d'une façon très complète cette question. Il envisage tour à tour les différentes indications qui ont été formulées par les différents chirurgiens; elles sont au nombre de : 1° la durée de l'opération; 2° les adhérences étendues; 3° les hémorragies; 4° la déchirure ou perte de substance du péritoine; 5° la persistance des tissus morbides et septiques; 6° la rupture dans le péritoine des foyers septiques; 7° la déchirure de l'intestin; 8° la péritonite; 9° l'ascite.

Ces différents cas à étudier peuvent se réduire d'emblée, en faisant disparaître la durée de l'opération, indication qui n'est reconnue par personne, le péritoine et les adhérences qui trouvent leur discussion dans les indications 3, 4, 5 et 6.

Si nous ajoutons aux blessures de l'intestin les blessures de la vessie, aux liquides ascitiques les liquides de kystes de l'ovaire ou d'hématocèles, nous avons à peu près les indications qui nous paraissent devoir être envisagées et discutées.

Mikulicz (2) pose les indications suivantes :

La fermeture de l'abdomen n'est point indiquée, ou tout au moins est hasardée :

1° Lorsqu'on a affaire à une hémorragie qui n'est pas parfaitement arrêtée;

2° Lorsqu'on a suturé une cavité contenant des micro-organismes (intestin, vessie, vésicule biliaire, etc.) et que cette suture n'est pas au-dessus de tout soupçon;

3° Lorsqu'il existe des pertes étendues de péritoine (espaces morts);

4° Lorsque des micro-organismes virulents se sont répandus en grande quantité et ont infecté le péritoine avant ou pendant l'opération.

(1) LEGUEU et LABADIE-LAGRAVE, *Traité de gynécologie*, p. 732.
(2) MIKULICZ, in *Handbuch der praktischen Chirurgie*, Bd. III.

Pour tous ces cas, on peut songer à drainer ou à tamponner l'espace en question.

L'indication n'est toutefois que rarement formelle. Elle dépend de l'habileté technique de l'opérateur, de la sûreté de son asepsie, et enfin de son expérience : c'est celle-ci qui lui apprendra mieux que toutes les règles et les conseils théoriques ce que dans tel cas il peut espérer du péritoine sans faire courir de risque à l'opérée. En général, à défaut d'expérience, un chirurgien novice fera bien, dans les cas douteux, de mettre un tamponnement au lieu de fermer le ventre; il peut ainsi sauver des vies déjà perdues et se mettre lui-même à l'abri des remords et des déceptions.

Dans le livre de *Technique gynécologique* de König et Döderlein (1), cette question fait l'objet d'un paragraphe spécial. Dans son article Olshausen passe en revue des groupes de cas qui se rapprochent assez des indications posées par Mikulicz.

Essayant de ramener ces têtes de chapitre à un groupement qui paraisse davantage découler des faits, il nous semble qu'il faut envisager au point de vue des indications du drainage, dans le sujet qui nous concerne, deux cas principaux.

On peut hésiter à refermer un ventre quand on y laisse quelque chose qui peut être :

1° Le point de départ d'une hémorragie ;

2° Une cause possible d'infection.

La crainte d'infection peut provenir :

1° De liquides d'infectiosité nulle de par leur propre nature, mais douteuse de par le fait qu'ils sont épanchés depuis longtemps au contact des intestins, et dont l'abondance rend leur ablation complète impossible (d'hématocèle ancienne. Liquides de kystes ou d'ascite) ;

2° Du pus ou des matières infectieuses qui se sont déversés sur le champ opératoire et dans le pelvis au cours de l'intervention ;

3° Des surfaces dépéritonisées ou infectieuses qui sont restées dans le ventre ;

4° De blessures de la vessie ou de l'intestin qui peuvent secondairement laisser filtrer leur contenu.

Si à ces quatre groupes de faits, nous ajoutons la première indication que nous avons tirée de la crainte d'une hémorragie, nous avons cinq groupes de faits, que nous allons étudier tour à tour.

---

(1) Döderlein et König, *loc. cit.*

1° **Hémostase incomplète.** — L'hémorragie peut fournir des contre-indications à la fermeture complète de l'abdomen. On peut être en présence d'une hémorragie actuelle, au sujet de laquelle l'indication d'un tamponnement peut se poser; ou bien on peut se trouver en face de suintements qui, s'ils ne sont pas inquiétants par leur abondance immédiate, peuvent, abandonnés à eux-mêmes, être graves par leur durée ou être le point de départ de complications infectieuses.

1° Il y a d'abord à envisager les cas dans lesquels *le tamponnement hémostatique peut être discuté comme un des moyens de terminer l'intervention.*

A une phase où l'asepsie était moins bonne et où il fallait aller vite, on a abusé du tamponnement hémostatique. C'était tout d'abord les cas de tumeurs ovariennes, dont l'ablation régulière, en totalité, sans morcellement, apparaissait comme impossible dès l'ouverture de l'abdomen. Il restait toute une coque, toute une paroi de la tumeur, fournissant un suintement considérable ou une véritable hémorragie.

C'étaient de grosses tumeurs intra-ligamentaires; des tumeurs adhérentes à la paroi ou à l'intestin; des grossesses extra-utérines; des hématocèles, présentant à la fin de l'intervention un suintement abondant ou de véritables hémorragies dans des zones décollées, dépéritonisées, ou recouvertes d'exsudats pernicieux. Leur assèchement apparaissait comme impossible et on terminait par un large tamponnement à la Mikulicz.

Ailleurs, il ne s'agissait que de suintements veineux, en nappe, peu abondants dans un péritoine sain. Ce tamponnement à la gaze apparaissait encore comme la meilleure façon d'assurer l'hémostase. Au lieu d'un tamponnement devant laisser derrière lui une vaste cavité destinée à se combler de la profondeur à la surface, on avait essayé de ne laisser les mèches hémostatiques que pendant quarante-huit heures. Des fils d'attente, destinés à être serrés dès l'ablation du Mikulicz, étaient placés sur l'aponévrose; on pouvait espérer obtenir ainsi une réunion par première intention. Cette conduite, préconisée par Fabre (*Annales de Gynécologie*, 1893), sous l'inspiration de Laroyenne, a été jadis employée à la clinique un certain nombre de fois, et notre maître en a toujours eu des résultats satisfaisants. C'est le *tamponnement hémostatique abdominal temporaire*. C'est là une façon de faire, qui a rendu des services à une phase où il fallait aller vite, si on voulait sauver ses malades, à une phase où l'on opérait avec une moindre asepsie.

De plus en plus, actuellement, ces conduites représentent des con-

duites d'exception. Avec une bonne asepsie, la durée de l'intervention entre moins en jeu dans le pronostic de cette intervention. Le temps, quelque long qu'il soit, qu'on consacre à la perfection de l'hémostase est celui dont il faut le moins regretter la durée. C'est là un principe qu'on ne saurait répéter trop souvent.

Il faut qu'aucune artériole ne saigne ; il convient de pincer et de lier isolément au fond du pelvis tous les jets artériels de la moindre importance. Il faut appliquer à la chirurgie gynécologique la pratique de l'hémostase en chirurgie générale. Les hémorragies veineuses exigent la même conduite. Celles-ci toutefois offrent cette particularité très nette au niveau du petit bassin, c'est de cesser dès que l'hémostase artérielle est achevée. Reste-t-il, malgré cela, des suintements veineux considérables, c'est encore à des pincements isolés, c'est à des points de capitonnage ou au bordage des lèvres vaginales sanguinolantes qu'il faut avoir recours.

Les suintements capillaires, les petits suintements veineux cèdent très bien à la thermo-cautérisation.

Le thermocautère représente en chirurgie gynécologique un moyen d'hémostase très précieux.

On ne doit point refermer un ventre tant qu'il reste quelque chose d'important à hémostasier ; recourir à un « Mickulicz » abdominal hémostatique lorsque, avec un peu plus de patience et de temps, on pourrait assurer une bonne hémostase, ne va pas avec les exigences de la chirurgie moderne.

Les suintements plus faibles s'arrêtent très bien sous l'influence de la pression abdominale positive. Avec le drainage, on renonce à l'utilisation de cette force. Ceci pour répondre à ceux qui auraient l'intention de traiter ces suintements par un drainage signal ou un drainage évacuateur préventif. Mais c'est rentrer dans l'étude de notre deuxième point.

2° On juge que *le danger de l'hémorragie intra-péritonéale ne tient pas à l'importance de cette hémorragie, mais aux phénomènes d'infection qui peuvent se déclarer dans ce foyer stagnant formant bouillon de culture.*

La majorité des auteurs conseillent le drainage dans tous ces cas. Sur ce second point, nous devons immédiatement distinguer si l'épanchement se fera *dans un foyer septique*, ou *de septicité douteuse*, ou *aseptique.*

La conduite à tenir dans les deux premiers cas relève alors de notre indication IV, nous y reviendrons. S'il s'agit d'une hémorragie ou d'un

suintement après une *opération aseptique, il est inutile, à notre avis, de drainer.*

Par le drainage, on cherche à éviter la stagnation, par suite l'infection. Mais dans le cas que nous envisageons, l'infection à craindre ne peut provenir que du dehors. Une bonne asepsie suffit à y parer ; et si l'intervention a été régulière et assez rapide, il est inutile de terminer par un drainage. Par le drainage on s'expose à l'infection secondaire dans des cas où l'infection primitive était nulle.

Il est acquis, à l'heure actuelle, que le péritoine supporte très bien une certaine quantité de sang épanché.

L'évolution d'un épanchement intra-péritonéal dépend uniquement des conditions aseptiques dans lesquelles il se trouve. Ainsi notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, n'a jamais vu suppurer les cas d'hématocèles traités par l'expectation, et il met en doute les observations où une semblable complication est observée.

D'ailleurs passons en revue les quelques cas dans lesquels l'indication d'un tamponnement hémostatique ou d'un drainage évacuateur pour suintement peut se poser.

Ce peut être d'abord après l'ablation de certaines *tumeurs utérines à développement intra-ligamentaire.* Dans ces cas-là il peut rester un large moignon suintant si on a fait une subtotale.

Mais pourquoi cette subtotale si le moignon est suintant ? Dans ces cas, il faut terminer par l'ablation du col et transformer la subtotale en totale ; l'opération est un peu plus longue, mais l'hémostase est bien mieux finie. Si après l'hystérectomie totale il reste un large espace intra-ligamentaire saignotant, on peut le tamponner avec une mèche sortant par le vagin, et par-dessus laquelle on rapprochera les feuillets antérieurs et postérieurs du ligament large ; la péritonisation est dès lors parfaite et l'hémostase du tissu cellulaire du pelvis est réalisée par un tamponnement extra-péritonéal.

La même conduite est applicable *aux kystes intra-ligamentaires.* Ici encore il convient de se rappeler que les hémorragies veineuses du pelvis s'arrêtent comme par enchantement dès que l'hémostase des artères correspondantes est assurée. Il ne faut pas hésiter dans certains cas de kystes intra-ligamentaires à faire une hystérectomie totale. La ligature des pédicules utérins artériels suffit à tarir tous les suintements veineux de la région. En second lieu, elle permet de réaliser le tamponnement vaginal des surfaces décollées sous-péritonéales.

Dans certains cas où cette hystérectomie paraîtra superflue, ou sera contre-indiquée, on peut hémostasier la loge du kyste par capitonnage ou suivant l'ancienne technique de Aug. Martin (Congrès de Londres, 81), refermer la paroi supérieure de la loge sur un tamponnement qu'on ira chercher par le vagin.

En présence d'une *grossesse extra-utérine avancée*, c'est-à-dire au-delà du quatrième ou cinquième mois, on peut adopter ou l'extirpation complète du sac ou l'évacuation simple du sac avec ou sans ablation du placenta. Jusqu'à présent, dans deux cas de ce genre, notre maître est intervenu par la deuxième méthode avec ablation du placenta et terminaison par tamponnement et drainage. Il nous est par conséquent difficile d'apprécier la première technique, qui se prêterait plus facilement à l'absence de drainage.

Il nous reste enfin à envisager la question du drainage dans les *myomectomies* ou dans les *blessures ou les déchirures utérines.*

L'énucléation des myomes interstitiels, seule forme de myomectomie que nous ayons en vue ici, reste une opération à surprises et pour laquelle les suintements post-opératoires peuvent dépasser les prévisions.

Ce n'est pas que les hémorragies ultérieures soient dangereuses par la perte de sang qu'elles entraînent, mais c'est à cause de l'infection qui peut naître dans ce foyer et y subir un développement rapide. Faut-il conserver pour ces cas-là un « procédé de méfiance » suivant l'expression de notre maître? Établir un drainage évacuateur dans un cas analogue, c'est mettre d'emblée en communication avec l'extérieur ce foyer sanguin. C'est aller au-devant de l'infection secondaire difficile à éviter. Avec ou sans drainage la myomectomie reste une opération grave ; mais le facteur dont dépend le plus le pronostic de cette intervention c'est l'asepsie ; nous ne croyons pas que le drainage suffise à rendre bénigne cette intervention. Nous pensons que la myomectomie avec ses suintements post-opératoires à peu près inévitables ne doit point être faite si l'on n'est pas sûr de son asepsie.

Les hémorragies par déchirure ou blessure de l'utérus prêtent aux mêmes considérations. Il faut, après qu'on les aura suturées (des aiguilles rondes, non coupantes, sont ici à recommander) et hémostasiées autant que possible, ne pas hésiter à les abandonner dans le ventre.

2° Faut-il drainer lorsqu'on est obligé de laisser dans le péritoine des quantités de liquides non infectieux de leur propre nature, mais suspects d'infectiosité de par ce fait qu'ils y sont épanchés depuis longtemps. —

Cette indication se rapporte aux kystes ou tumeurs ovariennes avec ascite et aux hématocèles. Nous disons que ces liquides, s'ils ne sont pas infectieux par leur propre nature, peuvent parfaitement être tenus pour suspects. Ils résultent souvent des tumeurs ovariennes, kystiques, tordues, sphacélées et rompues ; ils sont le produit de réaction d'un péritoine qui se comporte à leur égard comme à l'égard d'un corps étranger.

En premier lieu, ces liquides ne sont pas d'une asepsie certaine ; en second lieu, il est très difficile, impossible même, d'arriver à en étancher la cavité péritonéale. Ne vaut-il pas mieux drainer dans ces cas-là ?

En principe il faut tout d'abord chercher à évacuer ces liquides intra-péritonéaux. Cette pratique est très logique. Notre maître s'y rallie avec tous les partisans de l'asepsie sèche. Toutefois, il faut bien savoir que l'asséchement du péritoine dans des cas analogues est absolument impossible. D'autre part, ces manœuvres assez longues traumatisent davantage le péritoine.

L'emploi du syphon de M. Villard (1) (de Lyon) nous paraît à ce point de vue être un perfectionnement.

La majorité des auteurs (2) se contentent d'enlever la plus grande quantité du liquide et comptent sur le drainage pratiqué avec un gros drain de caoutchouc pour enlever le liquide restant.

Théoriquement cette conduite est très satisfaisante ; pratiquement il est intéressant de montrer que le degré d'infectiosité de ces liquides n'est pas très élevé, que leur abandon dans le péritoine sans drainage n'est suivi d'aucun accident. Nous croyons même, d'après l'expérience de notre maître, que si l'on est obligé d'aller vite dans certains cas graves, il ne faut pas tenir pour nécessaire une bonne évacuation des liquides intra-péritonéaux. Dans certains cas d'inondation péritonéale par exemple, l'intervention peut consister uniquement à arrêter l'hémorragie, à enlever l'œuf et la trompe gravide, sans s'inquiéter de l'épanchement intra-péritonéal.

En tout cas le drainage est inutile. Nous avons suffisamment démontré par ailleurs que les suites opératoires pouvaient se compliquer d'infection secondaire en cas de drainage. A ne pas drainer nous n'avons vu aucun inconvénient ; bien plus, les suites de ces cas nous ont apparu d'une simplicité idéale.

---

(1) Villard, *Société de Chirurgie de Lyon*, 1905.

(2) Quenu, *Société de Chirurgie*, 1900. A propos du drainage dans l'inondation intra-péritonéale.

S'agit-il de liquides ascitiques filants, gélatineux, il n'est aucun mode de drainage qui en assure une bonne évacuation.

Le drain est préféré par certains chirurgiens, la gaze par d'autres; d'aucuns préconisent l'emploi simultané de la gaze et du drain.

D'entre ces matériaux, la gaze est de beaucoup le plus nuisible, car, une fois saturée, elle s'infecte facilement. A notre avis, dans tous ces cas, l'évacuation de la plus grande quantité du liquide étant faite, il ne faut pas attacher une grande importance à l'asséchement parfait de la cavité péritonéale et au drainage.

Bien au contraire il faut se passer de ce dernier.

Nous pouvons rapporter, en faveur de cette conduite, un nombre d'observations suffisamment démonstratives, renvoyant au chapitre des inconvénients du drainage la preuve des dangers de la conduite inverse.

Dans les cas de tumeurs annexielles avec ascite extirpées incomplètement, les malades guérissent en quinze jours de leur opération; elles ont pendant un certain temps l'illusion complète de la guérison définitive. Elles profitent de leur opération, alors qu'avec les techniques anciennes la récidive précédait quelquefois la cicatrisation de leur foyer de tamponnement à la Mikulicz.

En s'abstenant de drainage, on est à l'abri de l'infection secondaire, contre laquelle il est difficile de se mettre à l'abri, et qui peut être grave ici plus que dans les cas où la plasticité du péritoine est normale.

Nous avons rapporté plus haut quatre observations où le drainage a eu des conséquences mortelles.

Ferme-t-on sans drainage un ventre dans lequel on laisse de l'ascite? On peut avoir une légère réaction fébrile le premier jour, réaction d'absorption, mais très rapidement tout rentre dans la normale.

Telle est l'observation suivante:

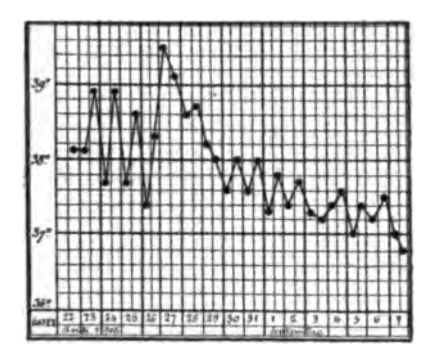
Obs. I. — M..., née B..., domiciliée à la Croix-Rousse. Entrée le 22 août 1905; opérée le 26; sortie le 6 septembre.

Gros kyste de l'ovaire, de la contenance de 5 à 6 litres de liquide séreux, avec quelques végétations papillaires à la surface externe, avec liquide ascitique rosé dans le péritoine.

On essaye une ablation sans ponction. Les parois minces du kyste se rompent. Il reste, à la fin de l'intervention, une grande quantité de liquide intrapéritonéal, dont une partie seulement est épongée.

Avant l'intervention, la malade avait des oscillations de température attei-

gnant 38°,9. Le lendemain du jour de l'intervention, la température atteint 39°,4 pour redescendre ensuite progressivement jusqu'à la normale et y rester.

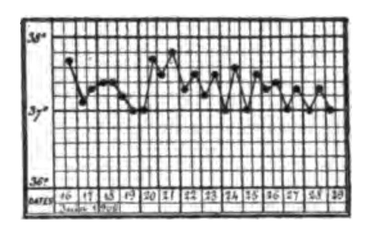


GRAPHIQUE 7.

Dans la majorité des cas la réaction est nulle. C'est ce qui résulte des deux observations suivantes :

OBS. II. — F..., née B..., 22 ans. Entrée le 16 juin 1906; opérée le 19.

Tumeur ovarienne polykystique avec masses solides s'accompagnant d'une grande quantité de liquide ascitique séreux. A l'intervention (professeur Aug. Pollosson), ablation de la masse kystique développée aux dépens de l'ovaire droit, conservation de l'ovaire gauche. Plusieurs loges kystiques s'étaient rompues dans le péritoine.



GRAPHIQUE 8.

Une portion de la tumeur est adhérente à l'intestin grêle. Au niveau de ces adhérences, il reste une surface cruentée qui saigne. On place à ce niveau cinq à six points de péritonisation qui font hémostase en même temps. On éponge la plus grande partie du liquide ascitique, mais il est impossible de mettre le pelvis à sec. On laisse une assez grande quantité de liquide dans l'abdomen. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires excessivement simples. La température n'a jamais dépassé 37°,8.

Je rappellerai encore l'observation de cette malade dont la pièce a été présentée par notre maître à la Société de chirurgie, avril 1906.

OBS. III. — Tumeur polykystique avec masses solides, ayant eu, consécutivement à une torsion, son pédicule complètement détaché, un certain nombre de ces poches kystiques rompues dans le péritoine avec parois sphacélées. A l'intervention on se contente d'enlever la tumeur; une grande partie du liquide intra-péritonéal est abandonnée sans drainage.

Les suites opératoires furent excessivement simples. La température n'atteignait jamais 38°,2.

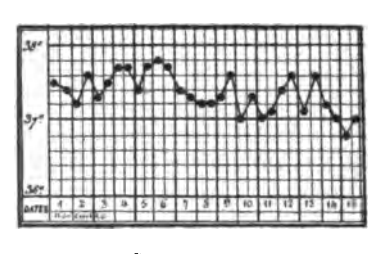
Toutefois, dans ce cas, on pouvait s'y attendre d'autant plus qu'avant l'intervention, alors que la malade était sous le coup de toutes ces complications, elle ne présentait aucune élévation de température.

Dans les hématocèles, la conduite qui est adoptée à la clinique gynécologique est la suivante :

Ablation de la trompe gravide, de l'œuf et du placenta ; ablation des caillots *si ces caillots forment une poche enkystée facile à évacuer;* on se contente d'enlever les caillots qui se présentent, ou qui sont collectés dans le Douglas, *s'il s'agit d'une hémorragie diffuse dans tout le péritoine. Dans les inondations péritonéales*, le sang liquide, la sérosité de réaction ne sont point enlevés.

Il peut rester, à la fin d'une semblable intervention, des surfaces recouvertes de fausses membranes, saignotantes parfois; elles n'offrent aucun danger au point de vue infection ; on peut les abandonner telles quelles dans le péritoine. On peut en parfaire l'hémostase par quelques ligatures isolées, ou à l'aide du thermocautère ; il est inutile de chercher à les exclure, il est inutile aussi de chercher à évacuer les liquides persistants avec un drain. Ces liquides ne sont pas dangereux ; ils ne portent en eux-mêmes aucune cause de morbidité. L'asepsie seule est ici encore importante, et ceci permet de dire qu'on peut laisser bien des choses dans le péritoine à condition de ne rien y ajouter.

Obs. IV. — F..., née V..., 28 ans. Entrée le 31 octobre 1905 ; opérée le 3 novembre 1905 ; sortie le 15 novembre 1905.


Graphique 9.

Grossesse tubaire de 23 mois. Rupture le 31 octobre. Grosse hématocèle anté-utérine, développée au niveau de la fosse iliaque gauche remontant à l'ombilic. A la laparotomie (professeur A. Pollosson) on trouve quelques caillots libres au milieu des anses intestinales et sur l'épiploon. A gauche, une assiette de caillots au milieu d'anses intestinales agglutinées. Au milieu, une poche contenant des caillots et un embryon de 8 centimètres encore vivant. La poche étant repérée avec une pince en cœur, une pince est placée sur le ligament infundibulo-pelvien et une autre du côté de la corne utérine. Hémostase. Il reste quelques caillots et quelques débris de la poche vers l'angle utérin

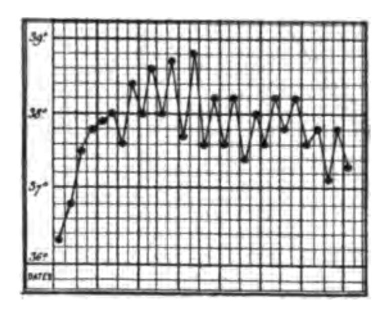
gauche, comme s'il s'agissait d'une tumeur intra-ligamentaire ou bien adhérente à la paroi postérieure de l'utérus. Le Douglas est libre. En avant, le cul-de-sac vésico-utérin est libre de toute adhérence, mais sur toute l'étendue péritonéale allant de l'entrée du bassin à la crête latérale de l'utérus, sur la largeur de la main, il existe une surface cruentée, une surface d'adhérences péritonéales anciennes. On ne s'attarde point à enlever les caillots aberrants. Fermeture du ventre sans drainage. Suites opératoires excessivement simples. La température n'a jamais dépassé 37°,8. La malade part au douzième jour.

Obs. V. — M..., née C..., 38 ans. Entrée le 14 décembre 1905 ; opérée le 15 décembre 1904 ; sortie le 3 janvier 1906.

Hématocèle anté-utérine du volume des deux poings. Laparotomie (professur A. Pollosson), ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. Ablation assez complète des caillots. Il existait un peu de sang noir dans le péritoine. Les caillots étaient franchement enkystés. *Salpingostomie* sur la trompe du côté opposé. A l'ouverture de cette trompe, il ne s'écoule que du sang noir. Malgré cette salpingostomie en plein foyer hématique, et capable encore de suinter, on referme le ventre sans drainage. Guérison rapide, sans incidents.

Obs. VI. — D..., née D..., 34 ans. Entrée le 4 décembre 1905 ; opérée le 5 décembre 1905 ; sortie le 26 décembre 1905.

Grossesse tubaire droite de 2 mois. Grosse inondation péritonéale à la troisième crise. La malade avait à son entrée dans la nuit 30°,7 de température. Laparotomie (Dr Violet). Ablation de la trompe droite et de l'ovaire correspondant. Ablation d'un œuf intact détaché, hors de la trompe, du volume d'une mandarine. On enlève quelques gros caillots. On laisse le sang qui est libre, non coagulé au milieu des anses intestinales et dans le Douglas. Au moment où on relève la malade de la position de Trendelemburg, on peut apprécier la quantité de sang épanchée à un demi-litre à trois quarts de litre.



Graphique 10.

Pas de drainage. Guérison sans incident. Du troisième au sixième jour la malade a eu un peu d'élévation de température oscillant entre 38° et 38°,6, sans aucune réaction péritonéale. La malade se lève au quinzième jour. Au toucher on ne constate aucun épanchement dans le Douglas.

Nous avons eu l'occasion d'observer, du 15 août 1905 au 30 décembre 1905, 6 grossesses extra-utérines, dont 5 ont été traitées sans drainage et une par un drainage vaginal. Les suites opératoires de ce cas et sa comparaison avec les cas analogues font que l'on peut regretter de l'avoir terminé par un drainage.

Du 1er janvier au 30 juin, nous avons observé 6 nouveaux cas de grossesse tubaire avec hémorragie intra-péritonéale. Ces 5 cas ont été traités suivant la technique que nous venons d'exposer. Les suites en ont été pour toutes très simples. Sur ces 11 cas nous n'avons point de morts.

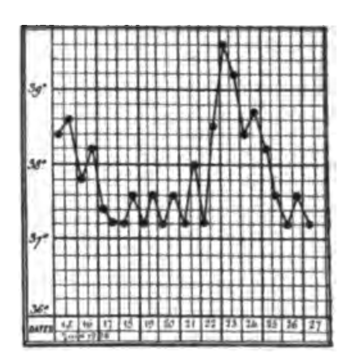
Une seule a présenté une complication, dont les suites sont bien intéressantes pour notre sujet.

Obs. VII. — C..., femme R... Grossesse tubaire rompue.

Entrée le 14 juin (au soir) 1905; opérée le 15; réopérée le 23 pour occlusion; va très bien le 30.

Grossesse tubaire de deux à trois mois. Hémorragies à répétition. Grosse collection sanguine dépassant l'ombilic.

Laparotomie (professeur Aug. Pollosson): Ablation d'une assez grande quantité de caillots noirs qui se présentent tout d'abord. Ablation de la trompe droite gravide déchirée. Au cours de l'intervention on libère l'anse sigmoïde adhérente à la face postérieure de l'utérus et aux annexes du côté opposé. Quelques points de péritonisation sur l'S iliaque. On enlève encore une poignée de caillots dans le Douglas. La toilette du péritoine est loin d'être complète; il reste du sang et des caillots. On referme le ventre sans drainage. Suites opératoires très simples. Au 3e jour la température est à 37°,2. Tout paraissait devoir aller très bien, lorsque, le soir du 7e jour, la température remonte à 38°,6, le ventre se ballonne et redevient douloureux. Au 8e jour, la température atteint 39°,7, le pouls a 120, le ventre excessivement ballonné et très douloureux.



Graphique 11.

Depuis deux jours il y a absence complète de selles et de gaz. A l'examen on perçoit à la main du péristaltisme intestinal du côté droit de l'abdomen. Pas de vomissements. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale bas située et M. le professeur Aug. Pollosson décide une intervention immédiate.

Deuxième laparotomie : Dans l'ouverture du péritoine un liquide sanguinolent avec des caillots anciens qui ne se sont point encore résorbés. L'obstacle siège sur l'S iliaque, adhérente dans le pelvis et coudée à ce niveau. Après libération de cette adhérence, on s'aperçoit qu'elle s'est formée au niveau des points de péritonisation de la première intervention. La surface cruentée et appliquée cette fois-ci contre l'épiploon attire sur elle. Fermeture sans drainage. Les suites opératoires ont été très simples. La température commençait à baisser le même soir; elle retombait à 38°,4 le lendemain matin. La malade faisait des vents; tout rentrait dans l'ordre; la feuille de température jointe à l'observation suffit à illustrer ce cas.

C'est, peut-être là, sortir un peu des limites de notre sujet, mais on peut voir combien on peut étendre ces indications du non-drainage. Dans cette réintervention on était en présence de liquides abdominaux certainement infectés (température : 39°,7). Après avoir levé l'obstacle, c'est-à-dire supprimé l'apport de nouveaux micro-organismes, on a abandonné au péritoine le soin de se défendre. En supprimant tout drainage on allait certainement au-devant d'une convalescence plus régulière et plus rapide; c'est ce qu'a montré la suite de l'observation.

3° Doit-on drainer lorsque du pus ou des matières infectieuses se sont déversés sur le champ opératoire et dans le pelvis au cours de l'intervention? — C'est certainement là une des questions les plus discutées et les plus difficiles à résoudre. Pozzi et un grand nombre d'opérateurs se déclarent partisans du drainage dans de semblables cas. C'est aussi l'avis de Terrier dans la thèse de Delage. L'autorité de ces deux maîtres méritait qu'on s'attachât tout spécialement à cette indication.

« Le drainage est utile dans la chirurgie des annexites, dit Delage, il est superflu de recommander de drainer ces cas. Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître sa nécessité, surtout dans les cas d'annexites suppurées.

« Lorsqu'on a dû pratiquer une intervention pour des cas suppurés, lorsque des poches se sont rompues, que la grande cavité péritonéale est restée exactement protégée, mais que le petit bassin a été souillé ; dans tous les cas, enfin, où le péritoine a été détruit par les masses inflammatoires et où on a eu de la peine à péritoniser, le drainage devient rigoureusement nécessaire. »

Mais il s'agit ici d'un drainage avec un simple tube placé dans l'angle inférieur de la plaie, c'est-à-dire de cette forme du drainage qui a le moins d'inconvénients.

D'autres sont beaucoup plus sceptiques sur les résultats du drainage dans de semblables conditions. Au moment où Pierre Delbet écrivait son article, on était dans la période où florissait le lavage du péritoine. Aussi cet auteur conclut sur ce sujet : « Je crois que dans ces conditions le lavage s'impose au chirurgien qui veut mettre toutes les chances de son côté », mais il ajoute : « Quant au drainage, c'est une mesure de précaution supplémentaire, à laquelle il est peut-être bon de recourir, mais dont l'efficacité n'est pas alors très grande. »

Notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, *croit qu'on peut se passer de drainage dans tous ces cas.*

En l'espace de dix mois nous relevons 62 interventions abdominales pour annexites, dont 47 pour annexites suppurées. Sur ces 47 cas, nous avons 5 cas dans lesquels on a terminé par des mèches vaginales intra-péritonéales, 10 cas de mèches vaginales sous-péritonéales après exclusion du pelvis. Tout le reste sans drainage, c'est-à-dire 32 cas. Et encore notre maître nous faisait remarquer qu'au début de son évolution, il employait un drainage vaginal dans des cas où actuellement il aurait recours à une forme de drainage beaucoup plus atténuée, ou même s'abstiendrait de tout drainage. Sur ces 62 interventions nous n'avons à enregistrer qu'un décès dont la cause n'est liée en rien à l'acte opératoire. Il s'agit d'une malade morte de péritonite généralisée consécutivement à la pénétration de tout un lavement en plein péritoine à la faveur d'une blessure rectale qui ne peut être imputable qu'à un thermomètre. Ce lavement fut donné au cinquième jour. Jusque-là les suites opératoires avaient été excessivement simples et la malade n'avait jamais dépassé 37°,6. En trente-six heures, évolution d'une péritonite mortelle.

Si nous défalquons ce cas malheureux, il nous reste 47 suppurations pelviennes traitées par la castration totale (43 cas) ou par des méthodes plus conservatrices (conservation d'un ovaire et d'une trompe, 4 cas), sans aucun décès et sans avoir eu à regretter de ne pas avoir drainé.

Quelles précautions prend notre maître? Rien qui ne soit connu : bien protéger les anses intestinales au cours de l'intervention ; éponger le pus à mesure qu'il se déverse sur le champ opératoire et dans le pelvis ; terminer par une bonne toilette, une hémostase parfaite, un bon assèchement, la péritonisation.

Trouve-t-on dans la littérature des cas analogues? Zweifel (1), sur 140 interventions pour pyosalpinx, ne draine jamais. Il a un cas de mort.

Olshausen, sur 1.555 laparotomies pratiquées en l'espace de six ans, détache 56 cas de suppurations pelviennes traitées par le ventre et dans lesquelles certainement tout autre aurait drainé. Sur ces 56 interventions avec irruption du pus sur le champ opératoire et dans le petit bassin, il n'a jamais drainé ; il a 9 morts. Il ne donne pas sa mortalité sur le total de ses interventions pour pyosalpinx. Olshausen dit bien qu'il s'agit là des plus mauvais d'entre ces cas, mais, telle quelle, sa mortalité serait de plus de 15 p. 100.

---

(1) Zweifel, *Verhandlung der deutschen Gyn. Gesellschaft*, V. Sitzung.

Kelly a, nous l'avons vu, essayé des deux méthodes et il conclut que les cas non drainés ont des suites post-opératoires beaucoup plus simples.

Kustner a suivi, à ce sujet, une évolution très intéressante. Il reconnaît qu'il draine de moins en moins dans des cas analogues, puisque, de 1897 à 1901, il draine dans 27 p. 100 des cas et que de 1901 à 1904, sur 151 cas, il a pratiqué seulement 7 drainages et 2 tamponnements, ce qui fait du 5 à 6 p. 100. Sur ces 151 cas ainsi traités, dont 28 avec irruption du pus sur le champ opératoire et dans le petit bassin, il a 2 cas de mort seulement : un par occlusion (c'était un cas non drainé) et un par péritonite septique, lequel avait été drainé.

Schauta conseille dans des cas analogues de pratiquer, séance tenante, *l'examen bactériologique du pus* et, d'après *les indications que fournira le microscope, juger de l'utilité ou de l'inutilité du drainage.* On ne trouve point de microbes, quelques rares globules de pus, peu colorables ; c'est du pus ancien, qui est sans danger. Trouve-t-on au contraire de nombreux globules blancs, prenant fortement les réactifs, les micro-organismes y sont très colorables, on y trouve même des chaînettes ; tout cela traduit une réaction de date récente ; c'est un pus qui peut être très virulent. Il vaut mieux drainer et séquestrer le foyer infectieux ou contaminé avec un drainage à la Mickulicz. Entre ces deux cas extrêmes, il existe bien des intermédiaires dans lesquels il est plus difficile de se prononcer. Dans de semblables cas, Kustner enseignait toujours à ses assistants qu'il valait mieux drainer un cas où le drainage était superflu, que de refermer complètement un ventre dans un cas douteux.

Parmi les micro-organismes, certains sont tenus pour moins dangereux. Tels sont : le gonocoque (Fehling, Schauta, Kustner, Kelly), le coli-bacille et le staphylocoque (Kelly) ; le streptocoque serait, pour ces différents auteurs, le seul micro-organisme en présence duquel il faudrait établir un drainage.

Cette pratique a été suivie par Schauta dans 75 cas. Dans 38 cas, il n'a pas drainé, il eut 5 morts ; dans 37 cas, il a drainé et a eu 7 morts. Il est bien probable que, dans cette série, les cas drainés qui portent avec eux une mortalité plus élevée, étaient plus graves ; il n'en reste pas moins que ce moyen n'a pas résolu le problème.

Aussi a-t-on cherché ailleurs les indications et les contre-indications du drainage. *Les uns continuent à se baser sur la clinique ;* ils considè-

rent comme acquises les données suivantes et conseillent de les utiliser.

Les collections purulentes anciennes sont très souvent stériles. Hartmann et Morax, Reymond, Keiffer ont démontré qu'au bout de neuf mois le gonocoque a disparu.

Il est admis aussi que les collections anciennes, entièrement refroidies, *sans élévation thermique*, ne sont pas dangereuses.

Au point de la virulence, les opérateurs sont unanimes à distinguer *le siège de la suppuration.* Le contenu des pyo-salpinx est beaucoup moins dangereux que celui des ovarites suppurées, et ce dernier beaucoup moins encore que celui des foyers intra-ligamentaires.

Les infections *d'origine post-abortive ou post-puerpérale* seraient beaucoup plus à redouter que celles ayant une autre origine.

Martin et son élève Dutzmann ont essayé d'introduire une donnée clinique nouvelle, *l'étude de la leucocytose.* Ils ont essayé de démontrer qu'on pouvait juger de l'état de la virulence d'après le taux des globules blancs, existant dans l'organisme au moment de l'opération. Cette méthode a été reprise par un certain nombre d'auteurs; elle s'est montrée inconstante et difficile à utiliser.

En théorie, la question de l'emploi du drainage dans des cas d'irruption du pus dans le pelvis au cours de l'intervention dépend uniquement de la virulence de ce pus. En pratique, il n'existe, pour le moment, aucun moyen utilisable et sûr d'apprécier cette virulence. Seule, la clinique peut nous fournir quelques indications. Les infections post-puerpérales ou post-abortives sont toujours plus virulentes que les infections gonoccociennes. En second lieu, il faut, autant que possible, laisser refroidir les collections pelviennes, afin de pouvoir les aborder par le ventre et de terminer sans drainage, alors qu'il faudrait réserver à la voie vaginale les collections avec fièvre, avec phénomènes septiques. Les interventions vaginales seraient, dans de semblables cas, beaucoup moins dangereuses que les interventions par voie haute. C'est à cela que se sont attachés les principaux partisans de la voie vaginale (Péan, Segond, Laroyenne).

Ainsi établie, l'indication reste vrai dans les grandes lignes; mais en pratique elle n'est malheureusement pas tout aussi simple. Il est des cas où l'intervention par voie vaginale ne suffit pas à enrayer les phénomènes infectieux, et où la castration par voie abdominale se montre radicale.

C'est qu'en effet cette question du drainage après les laparotomies pour

suppurations annexielles est intimement liée à celle des indications de la voie abdominale et de la voie vaginale dans ces collections. La voie vaginale respecte le plafond d'adhérences qui s'est formé, cloisonnant les foyers du petit bassin du reste du grand péritoine. Comme le faisait remarquer Bröse au sujet de la mortalité élevée rapportée par Olshausen, cette haute mortalité consécutive aux laparotomies pour suppurations pelviennes ne plaide point contre le « non-drainage », *elle plaide contre la laparotomie en faveur de la voie vaginale.* Aussi croyons-nous que la plupart des auteurs devraient, à côté de leurs chiffres d'interventions abdominales pour suppurations pelviennes, nous donner leur chiffre d'interventions par voie vaginale.

Nous avons rapporté une série de 47 pyosalpinx. Pendant ce temps il a été fait à la clinique 16 colpotomies et une hystérectomie vaginale pour une grosse collection pelvienne anté-utérine.

Toutefois, notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, considère que les indications comparatives de la voie abdominale et la voie vaginale se tirent autant du siège de la suppuration que de la virulence de son contenu. Toute la question, lorsqu'on choisit la voie basse, est de savoir si le foyer sera suffisamment bien drainé après colpotomie ou après hystérectomie vaginale ; mais c'est là dépasser les limites de notre sujet.

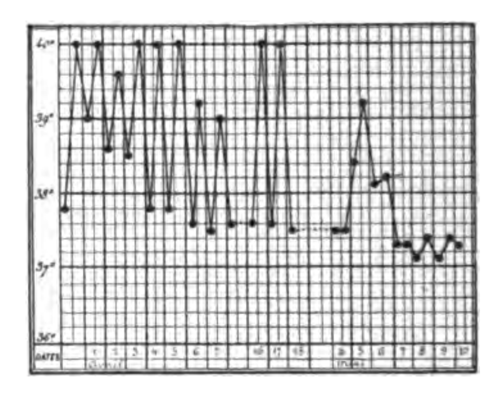
Dans ces derniers mois, notre maître a eu l'occasion d'opérer par voie haute et sans drainage un certain nombre de cas qui méritent d'être rapportés en détail.

Obs. I. — R., née F., 35 ans. Diagnostic : Grosse pelvi-péritonite récente autour d'un foyer annexiel probablement ancien. Masses inflammatoires remplissant le Douglas et remontant jusqu'à l'ombilic. A l'intervention (5 mai 1906, M. le professeur Pollosson), à gauche : grosse poche séreuse, kystique, intra-ligamentaire, sous-péritonéale. A droite : poches séreuses péritonéales et gros pyosalpinx du volume d'une aubergine qui crève au cours de la décortication et va se déverser dans le Douglas. On éponge à ce niveau environ 300 grammes de pus et de sang mélangés. On termine par une hystérectomie totale, pour assurer une meilleure hémostase de la surface pelvienne gauche. On fait une bonne hémostase de la tranche vaginale sur sa lèvre postérieure et au niveau de ses angles. On suture le péritoine antérieur au péritoine de la tranche vaginale postérieure. La péritonisation est parfaite, si ce n'est sur une petite étendue au niveau du feuillet postérieur du ligament large droit. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites excessivement simples, sauf une légère suppuration du tissu cellulaire de la paroi. L'examen bactériologique du pus a montré qu'il s'agissait de cocci groupés en staphylocoques et gardant le gram.

Obs. II. — Diagnostic: Gros abcès annexiel gauche ne permettant que difficilement d'isoler l'utérus, se traduisant par de grandes oscillations thermiques atteignant 40°. Le début de l'affection paraît remonter à trois mois.

Intervention, 4 mai 1906 : Abcès ovarien gauche du volume d'une grosse orange, trompe correspondante ouverte contenant du pus. L'abcès ovarien est ponctionné, puis décortiqué. La trompe correspondante est enlevée. Au cours de cette ablation, du pus s'est déversé, à un, moment donné, sur des surfaces cruentées.

Du côté droit la trompe est saine; l'ovaire droit est augmenté de volume. On le cautérise au thermocautère et on détruit ainsi les productions kystiques de volume anormal qui sont à la surface. Conservation de l'utérus. Péritonisation difficile et incomplète du côté gauche. On termine sans drainage.



Graphique 12.

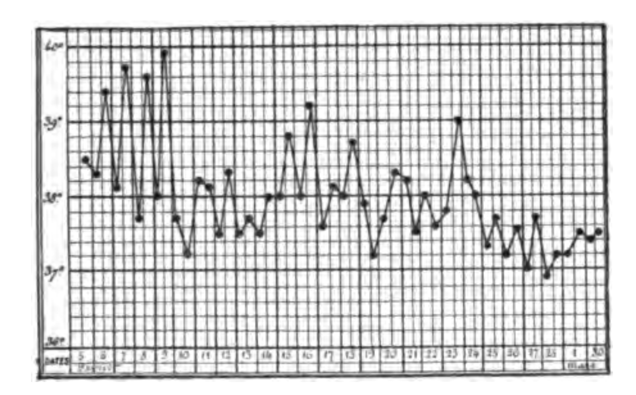
L'examen bactériologique du pus a révélé des gonocoques intra et extracellulaires ainsi que des staphylocoques.

Les suites ont été très simples. La guérison est survenue sans aucune complication, si ce n'est une élévation thermique de réaction le soir même de l'intervention, qui retombait à la normale le lendemain pour y rester depuis. Examinée trois semaines après son intervention, la malade ne présentait au toucher aucun exsudat dans le pelvis.

Dans les deux observations précédentes, il s'agissait de malades chez lesquelles on avait attendu pour intervenir que les phénomènes de réaction fébrile fussent un peu éteints. Voici l'observation d'une malade anémiée par des pertes abondantes chez laquelle l'intervention paraissait s'imposer à cause de la marche ascendante de la température et de l'aggravation des symptômes. La feuille de température annexée en fait suffisamment foi. L'examen révélait des masses annexielles bilatérales et un phlegmon de la base du ligament large.

Obs. III. — Le 10 février 1906, intervention, M. le professeur Aug. Pollosson. Il s'agit de lésions annexielles anciennes, kystiques, développées autant à droite qu'à gauche. L'isthme utérin est fixé et immobilisé, en arrière de lui, contre sa face postérieure bombant dans le Douglas ; mais sous le péritoine il existe une masse inflammatoire dure et infiltrée, qui doit être la cause de la température élevée de la malade. Ablation isolée des annexes de chaque côté. Lors de la libération de l'utérus, on crève, au niveau de *la zone rétro-utérine infiltrée, un abcès contenant un pus phlegmoneux, qui se répand sur le pelvis.*

Au cours de la décortication de cette poche, on enlève une portion de la musculaire rectale sur l'étendue d'une pièce de 2 francs. On termine par une



Graphique 13.

péritonisation complète à l'aide du lambeau péritonéal antérieur, qu'on vient fixer à la fin de l'S iliaque, de manière à exclure la portion inférieure du pelvis, dans laquelle on laisse les zones décollées. Dans cette zone sous-péritonéale, on a laissé une compresse sortant par le vagin.

L'examen bactériologique de ce pus du ligament large n'a pu être fait. Le soir même de l'intervention, la température était de 37°,2 pour remonter et se tenir les jours suivants à 38°,1. Une fistule stercorale, survenue dans la zone sous-péritonéale de drainage, au niveau sans doute où la musculature rectale avait été entamée, s'obtura spontanément du quinzième au vingtième jour.

Obs. IV. — P..., 43 ans. Ni accouchement ni fausse couche. Début difficile à préciser ; il y a deux mois, poussée aiguë. Elle fit un séjour dans le service. Nouvelle poussée avec fièvre, il y a quinze jours : vomissements. Entrée le 30 octobre, température 39°. Pendant sept jours la malade est mise en observation, la température oscille entre 38 et 39°,8, sans tendance à l'abaissement. A l'examen, fibrome remontant à droite jusqu'à mi-chemin de l'ombilic; à gauche, masse annexielle plongeant dans le Douglas et remontant dans la fosse iliaque.

Intervention. — Castration abdominale totale. On tombe sur un utérus avec

un myome élevé du volume d'une orange, à gauche un petit fibrome du volume d'un œuf entouré d'adhérences, on essaye de dégager la masse annexielle gauche de ses adhérences, pariétales et intestinales. Il s'écoule du pus. On se dirige en avant. Décollement vésico-utérin. Ablation de l'utérus. Les ligaments larges étant sectionnés de haut en bas, ouverture du vagin en avant. Restent les poches suppurées à droite et à gauche, on décortique la trompe gauche très bien, on hésite au sujet de la trompe droite, qui est très adhérente au rectum dans le fond du Douglas. Un aide introduit un doigt dans le rectum, ce qui permet de reconnaître d'une façon plus exacte les limites de la trompe. Celle-ci est enlevée en deux morceaux. Du pus s'est écoulé en assez grande quantité à ce moment. Hémostase. A gauche, l'hémostase est un peu difficile. Il reste dans le pelvis une surface large comme la paume de la main, entièrement cruentée et dépéritonisée. Deux mèches de gaze sont introduites dans le vagin à droite et à gauche sur les espaces décollés ; on aurait pu peut-être exclure cette portion inférieure du pelvis. Cette péritonisation n'est pas faite. Fermeture de l'abdomen. Suites opératoires : le soir de l'intervention, la température tombe à 37°,8, la veille elle était de 39°,8. Au cinquième jour cette température remonte à 39°,2. Ablation des mèches au sixième jour. la température est restée oscillante entre 38 et 39°,6 pendant une dizaine de jours encore.

Au 1er décembre la malade est apyrétique.

4° Lorsque l'on est obligé de laisser des surfaces dépéritonisées ou infectieuses. — On peut se trouver en présence de surfaces simplement dépéritonisées (les exemples n'en sont pas rares), de surfaces péritonéales recouvertes de fausses membranes, ou bien encore de surfaces non péritonisées, paroi de tumeurs malignes, de kystes, de pyo-salpinx, du sac d'une grossesse extra-utérine avancée. Ces surfaces *peuvent être aseptiques ou bien suspectes d'infection.*

Que convient-il de faire dans tous ces cas? C'est pour eux (todter Raumes) surtout que Mikulicz avait introduit son tamponnement isolateur; c'est pour ceux-là certainement qu'il a été le plus souvent appliqué, le mieux compris, le plus longtemps conservé. Il convient d'exclure du reste de l'abdomen cette surface dangereuse. La gaze appliquée à son niveau et tout autour permettra de réaliser cette exclusion. C'est aux propriétés cloisonnantes de la gaze qu'on fait appel. Cette surface à exclure est-elle considérable, prévoit-on qu'elle donnera lieu à une sécrétion purulente abondante, il faut non seulement isoler ce foyer, il faut encore évacuer ses produits de sécrétion au dehors; à cela le drainage capillaire ne suffira peut-être pas, il faudra recourir à une évacuation rapide que seul le drain pourra réaliser. Ce drain pourra donc être placé

en même temps que le tampon à la Mikulicz (cloisonnement abdominal et drainage abdomino-vaginal immédiat), ou bien être mis en place de suite après l'ablation des mèches centrales au bout de quarante-huit heures (cloisonnement abdominal et drainage abdomino-vaginal secondaire).

Ces quelques lignes résument les idées directrices de la majorité des chirurgiens pendant ces vingt dernières années en présence de cas analogues, « qu'il s'agisse de pertes de substances du péritoine ou de persistance de tissus morbides et septiques » (Pozzi).

Actuellement, en effet, cette indication est devenue de plus en plus douteuse. Il a été démontré par des chirurgiens que les liquides exsudés par des surfaces dépéritonisées, enflammées et infiltrées, n'étaient pas dangereux en eux-mêmes, que les propriétés de résorption normale du péritoine suffisaient à en débarrasser la cavité péritonéale, et que ce liquide ne devenait dangereux que s'il existait en même temps des micro-organismes de la suppuration, lesquels sont pour la plupart d'origine exogène. Mikulicz lui-même écrit : « Au moment de l'antisepsie, ces surfaces dépéritonisées et cruentées étaient tout particulièrement à redouter. Avec l'ère de l'asepsie rigoureuse, elles le sont devenues beaucoup moins. Nous-même, qui jusqu'à ces six dernières années avions toujours considéré des cas analogues comme des indications strictes du drainage, nous ne considérons plus la possibilité d'une certaine hémorragie, ni la destruction étendue de la surface péritonéale comme une indication suffisante du drainage. »

Nous pourrions tirer de la pratique de notre maître un grand nombre d'observations très démonstratives, nous en rapporterons une seulement. Il s'agit d'une tumeur maligne, extirpée incomplètement. On laissa dans le ventre une large surface bourgeonnante tapissant tout le pelvis.

Obs. — C..., 53 ans. Entrée à la clinique le 9 avril 1906 ; opérée le 23 avril ; sortie le 12 mai.

Il s'agit d'une grosse tumeur pelvienne survenue deux ans après la ménopause, s'étant développée rapidement en quelques mois. Cette tumeur est fortement enclavée dans le pelvis ; elle occupe le Douglas, descend très bas dans l'espace recto-vaginal qu'elle a dédoublé et remonte à gauche jusqu'au milieu de la fosse iliaque. En avant il existe une autre tumeur, qui est indépendante de la première et moins douloureuse à la pression, qui paraît être l'utérus fibromateux. La masse principale est une tumeur annexielle, peut-être déjà inopérable. On décide une laparotomie, qui pourra n'être qu'exploratrice.

Intervention (M. le professeur Aug. Pollosson). — A l'ouverture du péritoine il s'écoule une notable quantité d'ascite, et on voit apparaître la tumeur supérieure, qui est l'utérus fibromateux. Au-dessous de lui et à gauche est une masse du volume d'une tête fœtale, qui est une tumeur bourgeonnante des ovaires. Il n'y a pas de semis sur le péritoine ; mais la tumeur est fixe, enclavée, adhérente au bassin et aux parties profondes. Il faut renoncer à une opération radicale. Toutefois, l'ablation de la tumeur peut soulager la malade.

Hystérectomie sub-totale. — On élève ensuite à la main la tumeur annexielle. Mais brusquement le plan d'élevage fait défaut; la main pénètre dans une tumeur mi-kystique, mi-solide, qui s'enlève dès lors par arrachement. La paroi postérieure de cette tumeur reste tout entière adhérente au rectum et aux parties latérales du bassin. Plus profondément dans le Douglas il reste une masse kystique qu'on crève. L'exploration vaginale et rectale combinée à l'exploration abdominale montre que toute intervention radicale est impossible.



GRAPHIQUE 14.

Comme toute cette surface néoplasique ne présente qu'un faible suintement, on se décide à refermer le ventre *sans drainage ni péritonisation.* Il reste dans le pelvis une surface aussi large que la main entièrement dépéritonisée et formée par des bourgeons néoplasiques. Les suites ont été excessivement simples. La malade, qui réclamait une intervention, s'est trouvée très soulagée, a même profité de cette accalmie. Pendant deux mois elle s'est crue complètement guérie. Elle est sortie le 12 mai, ayant été opérée le 23 avril, après avoir présenté une courbe de température idéale.

Une seule fois cette température a dépassé 38° pour atteindre 38°,2.

A notre avis, il convient de distinguer les cas où ces surfaces dépéritonisées sont aseptiques de ceux dans lesquels leur asepsie est très douteuse et leur vitalité très compromise.

1° Dans le premier cas la question peut être jugée de la même façon par tous les chirurgiens. Il convient de parfaire la péritonisation autant que possible, on peut même s'efforcer de péritoniser par des moyens de péritonisation indirecte : autoplasties péritonéales, greffes d'épiploon, *mais on peut sans crainte abandonner dans l'abdomen une surface dépéritonisée aseptique.* Que faut-il craindre en pareils cas ? des adhérences intestinales ? Mais la gaze, seul matériel capable d'isoler cette surface, ne l'isolera qu'en créant des adhérences à son tour. Craint-on la sécrétion

lymphatique et sanguinolente de cette surface? Dans ce cas-là, il faudrait chercher à évacuer ce liquide à l'aide d'un drain. Nous avons vu qu'on pouvait toucher cette surface cruentée au thermocautère, afin d'en arrêter les suintements, et en second lieu, qu'on pouvait compter sur les propriétés de résorption du péritoine pour évacuer ce liquide. Dans ces cas-là, à la *Clinique gynécologique*, on ne draine jamais.

2° Ces surfaces dépéritonisées sont d'une asepsie douteuse et leur vitalité est compromise.

Il est certain que des tissus enflammés, infiltrés, déchirés, mal nourris, ont une plus grande tendance à s'infecter. Leur exsudation va être plus abondante et leurs propriétés de défense moins grandes que celles des tissus sains. Dans certains cas vient s'ajouter à toutes ces mauvaises conditions le fait que ces tissus sont d'une asepsie douteuse, soit parce qu'ils font partie de la paroi d'un pyosalpinx, soit parce que le contenu de ce pyosalpinx s'est déversé à leur surface.

Que convient-il de faire, le tamponnement isolateur antiseptique à la Mikulicz étant laissé de côté?

Faut-il chercher simplement à évacuer les produits d'exsudation et de sécrétion à l'aide d'un drain vaginal ou abdominal? A Paris, Terrier et son école se sont arrêtés à cette dernière conduite. Il est inutile de chercher à exclure, à isoler ces péritoines cruentés du pelvis, mais il faut évacuer les liquides qu'ils vont laisser exsuder. Pour ces auteurs, le drainage à la gaze favorise la rétention, draine mal et, en second lieu, expose par trop aux arrachements de l'intestin, aux fistules stercorales. Un drain abdominal placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale empêche les liquides de stagner. Les promoteurs de la méthode, Bouilly, Terrier, Terrillon, pensaient que ce drain pouvait être retiré au bou de quarante-huit heures et que tout était comme dans une réunion par première intention. En fait, il n'en est pas ainsi, et la thèse de Delage nous montre que ce drainage exige d'être maintenu plus longtemps, d'être surveillé d'une façon régulière.

Mais ce drainage abdominal intra-péritonéal se trouve commandé par la technique même de M. le professeur Terrier : l'hystérectomie subtotale. Notre maître pratique l'hystérectomie totale dans tous ces cas de suppurations pelviennes laissant après leur ablation de larges décollements. Dès lors, on peut utiliser comme voie de drainage la large brèche vaginale située au point déclive. Dans une phase qui a précédé celle où nous sommes maintenant, on utilisait le Mikulicz vaginal, c'est-à-dire

une ou deux compresses de gaze qu'on tassait dans le fond du pelvis, dont une extrémité sortait par le vagin. Mais c'était là encore du drainage vaginal intra-péritonéal, les anses intestinales venaient prendre contact avec les compresses du tamponnement. Peu à peu on transforma ce drainage intra-péritonéal en drainage sous-péritonéal. Le tamponnement du pelvis est réduit de volume et, par-dessus ces compresses de gaze occupant le Douglas, on ramène le grand lambeau péritonéal utéro-vésical qu'on fixe au rectum ou à l'anse sigmoïde. C'est le cloisonnement du bassin, l'exclusion de la portion inférieure du pelvis, la réfection de la continuité de la séreuse de l'abdomen.

Cette conduite supprime tout drainage intra-péritonéal, mais elle dérive encore de l'idée que les tissus morbides ou septiques du petit bassin sont très dangereux pour le péritoine. L'expérience est venue nous montrer que cette conception n'était point complètement exacte, et qu'on pouvait abandonner ces tissus dans l'abdomen après les avoir sérieusement thermocautérisés. Cette cautérisation aurait le double avantage d'assurer l'hémostase et de stériliser la surface de ces parois infiltrées et infectées. Abandonner dans le péritoine des surfaces analogues plus ou moins étendues et ne pas drainer, cela paraît tout d'abord quelque chose de très audacieux et de très risqué. Il n'en est rien. Les propriétés de défense du péritoine suffisent à tous ces cas. Les observations sont venues démontrer que les suites étaient même beaucoup plus simples que lorsqu'on terminait par un drainage. Cette conduite a été d'abord suivie dans les cas où le *drainage sous-péritonéal après exclusion du pelvis* était rendu impossible, soit parce que les zones à exclure étaient trop élevées, soit parce que le grand lambeau péritonéal antérieur n'avait pu être respecté (annexites antérieures, par exemple), soit parce qu'il s'agissait de lésions annexielles unilatérales, commandant la conservation de l'utérus. Les suites excellentes de cas traités ainsi sans drainage ont permis de généraliser davantage cette conduite.

La conclusion, c'est que, lorsque, à la fin d'une opération, il reste des tissus morbides ou paraissant septiques, on peut terminer par un drainage sous-péritonéal après exclusion de la portion inférieure du pelvis où siègent ordinairement ces zones suspectes, *ou bien les abandonner sans drainage après les avoir thermocautérisés.*

Toutefois, nous devons faire remarquer que les cas que nous venons d'étudier dans ce paragraphe sont ceux où les inconvénients du drainage sont peut-être les moindres.

Nous rappellerons ici que dans notre deuxième série de 140 laparotomies nous avons trois cas terminés par un drainage intra-péritonéal (un cas avec Mikulicz abdominal ; deux cas avec Mikulicz vaginal).

Il convient de faire remarquer que dans ces trois opérations, on aurait pu, en consacrant un peu plus de temps à l'hémostase, à l'asséchement, à la cautérisation des surfaces à traiter, se passer de tout drainage. Mais il est des cas, quoique en petit nombre, où il apparaîtra comme plus utile d'aller vite et de brusquer la terminaison par un moyen un peu moins parfait.

Il nous a semblé intéressant de *montrer que ces cas devaient être considérés comme étant des exceptions et que le cloisonnement à la Mikulicz, qui est tenu encore par plusieurs chirurgiens comme la seule ressource dans le traitement de cas analogues, devait être limité au maximum comme utilisation.*

5° **Faut-il drainer lorsque l'intervention se complique d'une blessure de la vessie ou de l'intestin?** — La blessure de la vessie ou de l'intestin est une complication fréquente des interventions dans le pelvis. L'ouverture de ces organes peut être le résultat d'une perforation préexistante entre l'organe et la cavité purulente à enlever.

Dans certains cas, ce sont des adhérences anciennes tellement difficiles à dégager, dans d'autres cas ce sont des rapports si anormaux, que la blessure de la vessie ou de l'intestin est difficile à éviter.

Cette perforation peut être plus ou moins étendue. Dans les cas d'ouverture spontanée de l'intestin ou de la vessie dans la trompe ou dans l'utérus, il s'agit le plus souvent de fistulettes à peine visibles. Dans certains cas, elles sont impossibles à retrouver. Le plus souvent l'orifice fistuleux est considérablement agrandi au cours de la libération des adhérences. Cette perforation peut survenir en tissus sains ou bien en tissus enflammés, infiltrés.

Le siège de la blessure est encore à considérer. Elle peut intéresser l'intestin grêle ou le gros intestin. Siège-t-elle sur le gros intestin, il convient de distinguer si elle est franchement pelvienne ou si elle porte sur le cœcum, le côlon transverse prolabé, la portion haute de l'anse sigmoïde.

Il convient enfin de distinguer la direction et la forme de cette blessure. Ici il ne s'agit que d'une simple déchirure ou fissure linéaire ; ailleurs, c'est une perte de substance considérable.

Enfin, il est un point de vue capital, qui doit être envisagé : cette blessure s'est-elle produite dans une portion péritonéale ou bien

dans une portion extra-péritonéale de l'organe? Ceci différencie en deux groupes les plaies de la vessie et permet d'étudier isolément les blessures de la portion inférieure du rectum. Cette distinction peut s'étendre à certains cas de blessure de la portion supérieure du rectum, dans les cas où le péritoine du Douglas a été complètement détruit par l'inflammation, et encore à certaines déchirures de l'S iliaque dans la portion qui correspond à son méso dédoublé par le développement d'un kyste intra-ligamentaire.

Cette perforation a-t-elle laissé déverser le contenu intestinal sur le champ opératoire? C'est une considération qui peut influencer le pronostic. La conduite que comporte cette complication a été étudiée au paragraphe 3.

Nous allons étudier quelques-uns de ces points les plus importants, nous contentant d'avoir signalé les autres.

S'agit-il d'*une blessure de l'intestin en tissus sains*, on doit, après une suture à deux plans, abandonner cette suture sans drainage. On est tout à fait dans la situation des sutures après résections intestinales chirurgicales. Le problème est résolu depuis longtemps. La suture a dû être faite avec beaucoup de soin ; il faut avoir confiance en elle ; *il est inutile de drainer; nous dirions plus, il est plutôt nuisible de drainer.*

S'agit-il d'une perforation *au milieu de tissus enflammés et infiltrés*, et c'est le cas le plus fréquent en chirurgie gynécologique, la conduite ne peut pas être la même. Déjà en plaçant les fils de suture on s'aperçoit qu'au serrage les tissus se coupent.

Cette oblitération ne peut nous donner qu'une confiance relative. Elle peut paraître suffisante immédiatement ; il faut envisager la possibilité d'une fistule secondaire pouvant déterminer une péritonite mortelle.

La conduite à tenir dans ces cas *varie suivant qu'il s'agit de l'intestin grêle ou du gros intestin.*

Blessure de l'intestin grêle. — En présence d'une perforation de l'intestin grêle avec un pourtour dépouillé de péritoine, avec des parois épaissies, peu résistantes, œdématiées, deux conduites sont soutenables : 1° *fermer cette communication par des points à la Lembert, attirer cette anse dans le pelvis, l'étaler et l'appliquer contre une compresse de drainage*, ou bien 2° *faire une résection franche de l'intestin, une entérorrhaphie en tissu sain et ne pas drainer.*

Entre ces deux conduites extrêmes, on peut plaider pour un certain nombre de pratiques intermédiaires : l'avivement des bords de la plaie, au

risque même de déterminer par la suture un certain degré de sténose ; l'enfouissement sous du péritoine sain d'une suture en tissus douteux. Dès que ces façons de faire craignent d'avoir trop d'inconvénients, il vaut mieux avoir recours franchement à la résection ; elles ne sont valables que pour de petites perforations.

Cette résection intestinale dans les perforations de l'intestin grêle doit être la conduite de choix.

Toutefois, chez des malades affaiblies ou à la fin d'opérations déjà trop longues, il faut savoir utiliser la première manière moins parfaite, mais plus rapide et suffisante.

L'oblitération de la perforation étant faite par quelques points séro-séreux, il faut attirer cette anse grêle suturée, l'étaler et l'appliquer sur une compresse de gaze, qu'on fera sortir par l'abdomen ou par le vagin, suivant les cas.

Dans l'un et l'autre cas, il est bon quelquefois de fixer cette anse dans la région que l'on a choisie, par un point séreux au péritoine pariétal. Il surviendra à peu près fatalement une fistule secondaire au moment de l'ablation des mèches. Celles-ci doivent être enlevées vers le cinquième jour, à moins qu'une ouverture spontanée plus précoce de la suture n'en fournisse l'indication.

Cette fistule stercorale survenant dans une zone cloisonnée est sans danger, à condition qu'on surveille la béance de l'orifice externe du trajet. Ces fistules guérissent spontanément au bout d'un temps plus ou moins long (de 5 à 30 jours). Mais c'est là une chirurgie de nécessité, qui doit céder la place autant que possible à une chirurgie plus régulière.

Blessures du gros intestin. — Les blessures du gros intestin sont plus fréquentes que celles du grêle au cours des interventions gynécologiques. Ici la résection circulaire du segment intestinal où siège la perforation doit être envisagée avec plus de restriction et comme une chose plus exceptionnelle, car si la résection d'une anse intestinale grêle est une opération facile et bénigne, il n'en est pas de même de la résection d'un segment du gros intestin.

De préférence, *on utilisera la suture directe de la perforation*. Cette suture est-elle faite *en tissus sains à deux plans, on peut se passer de drainage*; *s'agit-il de tissus œdématiés, infiltrés, il faut drainer*.

Dans le but de faire une suture plus solide, il faut pratiquer l'avivement des bords de ces perforations autant que cela paraît nécessaire. Cet avivement peut devenir une excision assez étendue de la paroi intesti-

nale. Si toutefois l'on n'est pas très sûr d'arriver en tissus sains par cette excision, il vaut mieux se contenter de rapprocher les bords mal nourris d'une petite perforation, que de risquer d'aller au-devant d'une fistule plus large. *Dans tous les cas où la suture n'offre pas une sécurité absolue, il faut drainer.* On peut essayer de consolider la ligne de suture par des autoplastes épiploïques ou péritonéales. On peut attirer et fixer à leur niveau une frange épiploïque, un lambeau de péritoine voisin préalablement mobilisé.

Cette conduite est d'autant plus recommandable qu'il s'agit de portions fixes du gros intestin ; elle ne peut constituer toutefois qu'un surcroît de précautions, qui ne doit pas dispenser du drainage lorsque celui-ci apparaît comme facile.

Ces blessures siègent-elles sur les portions hautes du gros intestin (cœcum, côlon transverse prolabé), le drainage abdominal paraît plus indiqué que le drainage vaginal. Il faut attirer et fixer l'anse à la paroi et protéger la ligne de suture avec un Mikulicz abdominal. Les cas qui relèveront de cette conduite seront certainement très rares ; les blessures du gros intestin les plus fréquentes siègent au niveau du rectum ou de l'anse sigmoïde, c'est-à-dire sur les portions pelviennes de l'intestin. Il est facile alors d'appliquer sur la suture une ou plusieurs bandes de gaze dont un des chefs sort par le vagin. Ce drainage peut se faire soit par incision ou effondrement du cul-de-sac postérieur lorsqu'on veut conserver l'utérus, lorsqu'il s'agit d'une sub-totale. Après une hystérectomie totale on pourra isoler la suture intestinale douteuse du reste de la grande cavité péritonéale avec l'artifice de péritonisation connu sous le nom de *cloisonnement du bassin.*

On peut avoir affaire à des perforations certaines, mais introuvables avec des recherches même minutieuses, qui peuvent donner issue ultérieurement à des matières ; elles doivent être traitées par le drainage avec une mèche et, si cela est possible, par l'*exclusion du petit bassin.*

Comme le faisaient remarquer M. le professeur Pozzi et M. le professeur Terrier à la Société de chirurgie (séance du 10 juin 1903), ces fistules ont une tendance naturelle à guérir. M. le professeur Pozzi a toujours vu cette guérison se faire sous l'influence de la rétraction progressive de l'entonnoir granuleux qui se forme autour du drainage et conduit les matières à l'extérieur.

C'est aussi l'avis de notre maître M. le professeur Aug. Pollosson, qui a pu observer un grand nombre de cas analogues.

Reste à envisager les cas où, au lieu d'une blessure pénétrante, on a une destruction, un arrachement de la musculeuse intestinale sur une étendue plus ou moins vaste. Ceci survient dans certains décollements d'adhérences au niveau du gros intestin. La muqueuse peut être ainsi mise à nu. Il faut alors rapprocher les lèvres de la perte de substance musculaire, ramener du péritoine par-dessus et considérer comme très douteuse cette restauration. Il faut appliquer sur cette zone une compresse de gaze qu'on laisse sortir par le vagin. Il en est de même, à plus forte raison, lorsqu'on n'aura pas pu consolider cette paroi intestinale formée uniquement par de la muqueuse.

Dans deux observations récentes d'ablation des pyosalpinx au cours desquelles la paroi musculeuse de l'intestin fut enlevée, on fit l'exclusion du petit bassin après hystérectomie totale. Au huitième jour il survenait une fistule stercorale vaginale. Cette fistule, portant dans un cas sur l'S iliaque, dans l'autre sur la première portion du rectum, s'est oblitérée spontanément au quinzième jour dans un cas, au douzième jour dans l'autre. Mais dans le 2 cas nous n'avons eu qu'à nous louer d'avoir établi un drainage, destiné à maintenir béante la tranche vaginale, et à considérer comme très suspecte cette paroi intestinale ainsi mutilée.

Blessures de la vessie. — Toute blessure de la vessie doit être fermée à double plan. Cette suture est-elle faite en tissus sains, on peut se passer de drainer. Est-elle faite en tissus malades, il n'en est point de même. Il est prudent d'exclure la ligne de suture de la cavité péritonéale par un procédé plus ou moins ingénieux. Si cette suture a porté dans une zone profonde extra-péritonéale, il est facile d'abandonner la suture à son sort dans le petit bassin exclu à l'aide du grand lambeau péritonéo-vésical et communiquant largement avec le vagin.

Si un point de la suture vient à lâcher, on aura une fistule dans une zone extra-péritonéale ; cette fistule, venant déverser l'urine sur le tissu cellulaire du petit bassin, sera bientôt une simple fistule vésico-vaginale.

Notre maître, M. le professeur Pollosson, a de cette façon de faire une très grosse expérience. Dans la chirurgie du cancer de l'utérus on est souvent aux prises avec de semblables difficultés. Dans 44 cas, des fistules vésicales se sont produites, sans qu'elles aient déterminé la moindre menace de réaction péritonéale.

Ces fistules peuvent, si elles sont petites, s'oblitérer spontanément par bourgeonnement du tissu cellulaire ambiant ; nous avons pu le voir une fois ; sont-elles plus étendues, la cicatrisation secondaire n'arrive qu'à

souder les bords de la perforation vésicale à la section du conduit vaginal ; c'est une fistule vésico-vaginale qu'il faudra traiter ultérieurement.

La perforation est-elle située dans la zone péritonéale, il est toujours plus facile de faire une bonne suture. Le deuxième plan rapprochant des surfaces péritonisées, on a une suture étanche immédiatement.

On peut ici plus facilement que sur l'intestin faire un avivement en tissu sain, lorsque les bords de la perforation sont d'une faible vitalité. C'est ce que nous avons pu faire dans un cas de perforation large comme une pièce de 5 francs, au cours d'une castration totale pour annexites tuberculeuses, ayant dans leur processus intéressé la paroi vésicale.

On termina en laissant le vagin ouvert dans le fond du pelvis. On ne fit aucune protection de la ligne de suture qui avait pu être, faite d'une façon satisfaisante après un large avivement.

Les anastomoses urétéro-vésicales prêtent aux mêmes considérations. Faites dans une zone péritonéale, on peut faire une meilleure suture, espérer une bonne réunion. Il ne faut point protéger la ligne de suture, c'est s'exposer à une désunion secondaire lors de l'ablation de la gaze; mais il convient de maintenir le vagin largement béant au-dessous, ce sera une soupape de sûreté suffisante. Les anastomoses urétéro-vésicales faites dans une zone extra-péritonéale après hystérectomie offrent moins de dangers, si un fil vient à lâcher.

En résumé, dans les cas où l'on a dû faire des sutures de l'intestin (intestin grêle ou gros intestin), des sutures de la vessie, des anastomoses urétérales, nous pensons qu'il faut s'abstenir de drainage toutes les fois que les sutures ont pu être faites d'une façon satisfaisante; si des conditions particulières ont rendu douteuse la perfection de la suture, si on a opéré en tissu enflammé, friable, si des difficultés particulières se sont produites, nous pensons qu'il faut utiliser une technique de méfiance et établir un drainage tantôt intra-péritonéal, au moyen d'une compresse sortant par le ventre ou par le vagin, tantôt extra-péritonéal lorsqu'on peut, par une technique variable suivant les cas, placer la zone douteuse en dehors de la grande cavité péritonéale.

ERRATUM

Dans la première partie de ce travail, numéro septembre 1906, p. 531, ligne 10, au lieu de : *drainage vaginal ou péritonéal*, lire : *drainage vaginal sous péritonéal.*

REVUE CLINIQUE

UN CAS RARE DE FORMATION DE CALCUL DANS LE VAGIN EN RAPPORT AVEC LA SOUDURE DES PETITES LÈVRES

Par Mme le docteur **KAUFFMANN** (1).

Il s'agit d'une malade, âgée de 22 ans, mariée depuis 3 jours.

Le coït n'ayant pas pu s'effectuer, elle est venue consulter à l'hôpital municipal d'Odessa.

État général excellent, aucune maladie infectieuse ; un peu d'eczéma de figure, étant enfant.

Réglée, pour la première fois, 2 mois avant d'entrer à l'hôpital ; quelques taches de sang sur le linge pendant un jour.

Tous les organes normaux, les seins fortement développés. Les organes génitaux externes paraissent aussi normaux. La fente génitale est solidement fermée : les petites lèvres, épaisses, sont pendantes.

En écartant leurs bords libres, on voit une membrane continue, allant du haut en bas, du clitoris jusqu'au périnée, et formée en apparence de la soudure des bords internes des petites lèvres. La surface de celle-ci, du bord soudé jusqu'au bord librement pendant, est de trois travers de doigt.

En haut, immédiatement au-dessous du clitoris où a eu lieu la soudure des extrémités supérieures des petites lèvres, se trouve un petit enfoncement, dans lequel il est impossible d'introduire le cathéter.

Avec une sonde, par cet orifice on a pu pénétrer librement derrière la membrane et sortir par un orifice, situé en bas de la membrane, sur la limite du périnée.

La hauteur de la membrane, entre les deux orifices, est de 6 centimètres.

C'est par l'orifice inférieur qu'on a pu introduire le cathéter, en le dirigeant de bas en haut, derrière la membrane. A l'émission spontanée, on voit l'urine s'écouler en dessous de la membrane, par l'orifice inférieur. L'urine est normale.

Par cet orifice, on introduit assez facilement le bout du doigt, qui est saisi

(1) Communication à la Société des médecins d'Odessa, traduite du russe par M. Rechtsamer, docteur en médecine.

comme par un anneau élastique (hymen). Derrière cet anneau, le doigt rencontre un corps solide, un peu mobile et rugueux, et qui empêche le doigt d'aller plus loin.

Au toucher rectal : un corps solide, gros comme le poing de femme, un peu mobile, est évidemment dans le vagin ; bien au-dessus de ce corps, on sent par le palper bimanuel un petit corps incliné un peu à droite, rappelant le corps de l'utérus.

En résumé, il s'est formé, par la soudure des bords internes des petites lèvres, une membrane qui formait rideau devant les orifices de l'urèthre et vagin ; celui-ci était distendu par la présence d'un corps solide, rugueux et un peu mobile, qui a fait remonter l'utérus en haut et à droite.

Le 27 mai 1904, *opération.* — Une sonde cannelée a été introduite, par les orifices, derrière la membrane distendue par quatre pinces Kocher. L'incision a été faite sur la sonde cannelée.

En écartant les deux bords, l'orifice de l'urèthre est apparu au-dessus du clitoris, un peu plus bas que normalement; au-dessous se trouvait l'entrée du vagin.

L'extraction du corps étranger à travers cet orifice a été des plus laborieuses. Impossible de l'avoir en entier, il glissait des doigts ; les instruments arrachaient des fragments ; enfin, au moyen des pinces dont on se sert pour l'extraction des calculs de la vessie, il a été extrait avec difficulté un corps ovoïde, gros comme un poing de femme. De chaque côté de la section des petites lèvres, suture au catgut.

La muqueuse vaginale normale. En haut et à droite, col de l'utérus, orifice externe rond et petit. Corps utérin normal, de dimension normale, légère antéflexion et latéro-version à droite. Culs-de-sac libres. On ne sent pas les ovaires. Tamponnement vaginal.

Le 14 juin, la malade part guérie. Les règles reviennent régulièrement, mais en très petite quantité sous forme de taches rouges.

Le calcul enlevé pèse 90 grammes avec les fragments arrachés. Sa surface est rugueuse, couleur brun foncé. Scié en deux parties, il présente deux couches. Une couche externe très mince, foncée. Le centre est formé d'une masse uniformément blanche.

L'examen de la composition du calcul a été fait par le docteur Rosenblatt. La couche externe ne contient ni acide urique, ni xanthine, et ne donne aucune réaction de l'hémine. Toute la masse centrale est constituée par des phosphates: phosphate amorphe, phosphate de chaux neutre, phosphates triples. Le carbonate de chaux et le carbonate de magnésie ont été trouvés dans quelques points seulement du calcul. Pas d'urates, ni d'acide urique. Par l'action de l'acide chlorhydrique, on obtient un dépôt de couleur brique, constitué par des petits amas colorés en jaune (examen microscopique). Pas de sang.

Dans cette observation, nous nous trouvons en présence de deux anomalies : 1° la membrane recouvrant les orifices de l'urèthre et du vagin et 2° la présence d'un calcul dans le vagin.

Il est probable que la membrane s'est constituée dans le tout premier âge ; l'accolement fréquent des petites lèvres a déterminé à la longue leur soudure et la formation du voile au-devant des orifices uréthral et vaginal.

L'urine passait derrière la membrane et s'écoulait dehors par son orifice inférieur. Comme l'écoulement ne rencontrait pas d'obstacles, la malade ne souffrait nullement et la miction se faisait spontanément et sans aucune difficulté.

Pourtant, cette voie anormale a déterminé la formation du calcul de la façon suivante : l'urine, passant derrière la membrane et devant l'entrée du vagin, y tombait par gouttes pendant des années.

Les gouttes, en séjournant dans le vagin, subissaient la fermentation ammoniacale et, en se décomposant, laissaient des dépôts sous forme de phosphates triples, qui augmentant avec les années, et se mélangeant peu à peu avec les mucosités vaginales, servaient de base à la formation du calcul.

Ce qui confirme l'auteur dans sa supposition, c'est l'homogénéité de la composition de toute la masse du calcul et l'absence de tout autre corps ayant pu servir de noyau de formation à ce calcul, ainsi que la composition chimique de la masse, constituée par des phosphates.

Cette formation de calcul est analogue à ce qui se passe dans la vessie, quand l'urine, pour une raison quelconque, subit une fermentation ammoniacale.

REVUE ANALYTIQUE

Actinomycose et grossesse, par A. PONCET (*Gazette des hôpitaux*, 31 mai 1906, n° 62).

De l'étude de trois observations inédites le professeur Poncet tire les conclusions suivantes :

1° La grossesse ne s'oppose pas à l'infection actinomycosique.

2° Si le terrain n'est pas alors réfractaire au développement du champignon rayonné, il paraît lui constituer un milieu relativement peu favorable, en raison précisément de la marche, de l'évolution, des lésions locales.

3° Les suites de couches, à en juger par deux des observations, aggravent la maladie. Elles accroissent sa malignité sans,cependant donner lieu à aucune infection générale, sans engendrer des suites de couches pathologiques.

4° L'infection actinomycosique ne semble pas avoir d'action sur le développement du fœtus et sur sa viabilité ultérieure.

L'actinomycose se comporterait donc volontiers, chez les femmes enceintes et après l'accouchement, comme le fait généralement la tuberculose. Ce rapprochement entre les deux maladies se fait d'autant plus aisément, qu'il existe entre elles certains points de contact; c'est ainsi que certains actinomycosiques réagissent aux injections de tuberculine, et, chez les deux premières malades, la séro-réaction suivant la méthode de MM. Arloing et P. Courmont a donné un résultat des plus positifs. Chez toutes deux, l'agglutination était de 1/15. La même réponse a été donnée à leur endroit par le laboratoire de la Faculté : *séro-diagnostic tuberculeux très positif*.

Le traitement doit être naturellement celui de l'actinomycose, mais ici, en raison même de la grossesse, il comporte certains tempéraments. Il faut s'inspirer de la gravité plus ou moins grande des lésions apparentes. Si l'actinomycose a une allure plutôt bénigne, on pourra, à moins d'intolérance spéciale des sujets, et toujours en les surveillant de près, en se préoccupant de la marche de la grossesse, donner de l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. On laissera, au bout de quelque temps, reposer la malade, et l'attention se portera plus spécialement du côté du traitement local. Mais c'est ici surtout qu'il faut être sobre d'actes opératoires. C'est ici qu'il ne faut pas se hâter, avec le diagnostic toujours trop prompt de phlegmon simple d'origine dentaire, d'enlever une ou plusieurs dents, au reste fréquemment saines, et qui n'ont rien à voir dans l'évolution de l'infection actinomycosique. Presque toujours ces avulsions dentaires sont

suivies d'une aggravation, d'une diffusion des lésions inflammatoires. Le trismus est encore plus marqué après qu'avant.

Il ne faut pas confondre les accidents inflammatoires provoqués par l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, avec ceux engendrés par l'actinomycose.

L'accouchement terminé, les actinomycosiques ainsi en dehors de la puerpéralité ne relèvent plus, comme traitement, que du traitement habituel de l'actinomycose, à tout âge et dans toute condition sociale.

Une dernière question se pose : une femme atteinte d'actinomycose peut-elle nourrir son enfant? Certainement non, car, en dehors de la contagion possible par contact direct (la transmission de l'actinomycose de l'homme à l'homme est rare, mais elle existe), il faut redouter les effets sur le nourrisson d'un traitement ioduré, d'autant plus méthodique et intensif que l'accouchement donne, ainsi que nous l'avons dit, un coup de fouet aux lésions actinomycosiques.

Des ruptures utérines dans les cicatrices d'accouchements antérieurs (Ueber Uterusrupturen in Narben von früheren Geburten). A. LABHARDT, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 3, p. 478 (1).

Depuis longtemps Olshausen et Hofmeier ont signalé *l'action prédisposante à la rupture de la matrice de modifications survenues dans la paroi de l'organe.* De ces modifications, il faut citer surtout les cicatrices d'origine soit spontanée, soit artificielle. Le type classique est celui des *cicatrices de césariennes*; la littérature médicale contient déjà bon nombre de cas dans lesquels une des cicatrices se rompit à l'occasion d'une nouvelle grossesse ou d'un accouchement. Et si la méthode de suture perfectionnée de Sänger a réduit notablement la fréquence de cette complication, sûrement elle ne l'a pas supprimée (cas de Woyer, Everke, Meyer, Targett, Eckstein). — D'autre part si l'éclatement de ces cicatrices peut se faire dans les zones du fond et du corps de l'utérus, zones qui se contractent, s'épaississent, on conçoit que la complication soit plus à craindre quand il s'agit de cicatrices de la portion inférieure de l'organe, portion qui *sub partu* est surtout mise en extension. Dans ces derniers temps, Hofmeier a également noté le rôle étiologique des *cicatrices consécutives aux incisions profondes* du col ou à la *césarienne vaginale* (la fréquence des ruptures des cicatrices de césarienne vaginale militerait en faveur du retour à la césarienne abdominale classique. *L'insertion éventuelle du délivre dans le voisinage de ces cicatrices est aussi de nature à augmenter les risques en question. La paroi utérine au niveau de la suture se comporte comme la paroi abdominale après une laparotomie: la suture des fascias n'est-elle pas solide, les bords des fascias s'écartent et, à ce niveau, la paroi abdominale n'est plus composée que de la peau et de la séreuse. — Dans une plaie utérine, les bords musculaires de la plaie viennent-ils à s'écarter, la paroi utérine n'est plus faite que de la séreuse et de la muqueuse ou decidua.* Eckstein dit avoir trouvé de la caduque jusqu'à la séreuse, tout le long de la plaie utérine.

(1) COUVELAIRE, *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1906, p. 148.

Obs. — *Rupture au niveau d'une cicatrice consécutive à une incision profonde du col (à la Dührssen) avec coïncidence de placenta prævia.* — Le fait fut observé chez une femme de 40 ans Vpare : 2 premiers accouchements normaux; la 3e grossesse se complique, vers le 7e mois, d'hémorragies répétées ; le travail se déclare, il y a une présentation du tronc, le placenta est prævia, on est conduit à terminer l'accouchement et, pour le faciliter, on fait sur la paroi antérieure du col une incision profonde à la Dührssen, qui *post-partum* est soigneusement suturée au crin de Florence; suites de couches normales. Une 4e grossesse se termina par un avortement à 5 mois, sans incident pathologique. 5e grossesse. Dernières règles, commencement de mars 1903; premiers mouvements du fœtus, commencement d'août. Le 31 août, frisson ; peu après écoulement par les parties génitales de sang et d'eau. Durant les 2 jours qui suivent, plusieurs frissons, contractions comme des douleurs utérines. Le 2 septembre, admission à la clinique. *État* : T. 39°,7, P. 128; fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, parties fœtales pas nettement reconnaissables, bruits du cœur à droite, en bas ; hémorragie modérée. Dilatation comme une pièce de 5 francs, col dilatable, présentation du tronc ; en avant, on constate un lobe placentaire décollé. Une fièvre vive persistant depuis 2 jours, on conclut à l'évacuation immédiate de l'utérus. Version par manœuvres internes (Labhardt) Extraction immédiate, qui se fait facilement, sans traction forte ; l'enfant vécut encore un quart d'heure. Immédiatement après, hémorragie considérable par atonie. Tentatives de délivrance à la Crédé infructueuses. Décollement manuel du placenta, en partie très adhérent à la paroi antérieure de l'utérus. Au cours de cette intervention, l'opérateur constate une ouverture de cette paroi antérieure, admettant 3 doigts et communiquant avec la cavité péritonéale : la déchirure se prolongeait jusqu'à la portion vaginale du col de l'utérus. Tamponnement temporaire, puis, dès que tout fut prêt, *hystérectomie vaginale* (avant l'hystérectomie. T. 40°,3, P. 130). Drainage de la cavité péritonéale à la gaze xéroformée, etc. Etat grave le jour de l'opération, déjà meilleur dès le lendemain, puis convalescence régulière. Le 15e jour, hémorragie du pédicule ligamenteux droit, arrêtée par ligature médiate.

Examen de l'utérus. — Déchirure longue de 5 à 7 centimètres, de haut en bas, de la ligne médiane vers la partie latérale, et se terminant dans la portion vaginale en un point cicatriciellement rétracté. On constate dans les bords de la déchirure, jusqu'à l'orifice interne, du tissu cicatriciel ; dans les parties supérieures, la déchirure paraît aller au delà de la cicatrice. *Il y avait là sûrement une déchirure intéressant le point sur lequel, dans l'accouchement, antérieur avait porté l'incision.*

En ce qui concerne la cause déterminante de la rupture, l'auteur la voit dans la *distension* dont s'accompagna l'extraction *immédiate,* bien que celle-ci, loin d'être laborieuse, fût plutôt facile. — D'ailleurs l'extraction ne fut faite, contrairement aux principes ordinaires de pratique à la clinique de v. Herff, immédiatement qu'en raison de la fièvre vive qui existait depuis deux jours déjà.

*
* *

Des déchirures qui, au moment de leur production, n'ont pas causé d'effets notables, peuvent-elles cependant, dans des accouchements ultérieurs, être le point de départ de ruptures ? Suivant l'auteur, la réponse doit être nettement affirmative.

Obs. — 35 ans ; a marché tard, rachitique. 1er accouchement en 1897, application de forceps infructueuse, enfant mort ; 2e accouchement en 1898, enfant mort ; 3e accouchement en 1899, enfant mort ; 4e accouchement en 1900, présentation de la face, accouchement spontané, enfant vivant (long., 50 centim. ; poids, 3.000 gr.). Sortie le 11e jour, avec un utérus mal involué. 5e grossesse. Dernières règles, juillet 1903. Entrée à la Maternité le 12 avril 1904.

bassin généralement rétréci, plat, rachitique : Cr., 22 ; Ep., 25 ; Conj. ext., 18,5 ; C. diag., 9 3/4. Eaux déjà écoulées. A 11 heures du matin, dilatation comme 2 francs ; présentation du sommet, tête mobile. A 6 heures du soir, dilatation comme une paume de main, orifice externe dilatable. Suture sagittale dirigée transversalement et très rapprochée du promontoire, présentation du pariétal antérieur. Sous narcose, version suivie d'extraction immédiate, sans effort notable. L'enfant, légèrement asphyxié, cria vite. A peine éveillée, la femme accusa de fortes douleurs dans le ventre. Une heure après, le délivre était expulsé par une expression facile. Aussitôt, phénomène de collapsus. Dans les jours qui suivirent, on constata, toujours sur le côté gauche de la matrice, un point sensible à la pression. Température toujours un peu fébrile ; le soir du 7e jour, 39°,4 ; lochies fétides. *Examen interne*, le 19 avril : portion vaginale du col de l'utérus élevée ; dans le ligament large gauche, une tumeur qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne. *Diagnostic* : hématome ; 21 avril : écoulement encore abondant, fétide ; au-dessus du ligament de Poupard, résistance légère à la palpation. 27 avril, lever. 30 avril : dans la nuit, brusquement, hémorragie génitale assez forte. Utérus, 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse ; *diagnostic* : détachement d'un thrombus ; ergotine, l'hémorragie cesse. 2 mai, seconde hémorragie abondante. Un examen immédiat fait constater une cicatrice fibreuse sur le côté gauche du col de l'utérus dont l'orifice externe admet un doigt. Au niveau de l'orifice interne, il y a une fente béante, à gauche. Du sang artériel s'écoule ; on tamponne à la gaze xéroformée, mais le tampon lui-même étant vite traversé, la laparotomie est faite. Dans la région de la paroi gauche de l'utérus, existe une cicatrice qui se continue dans le ligament large gauche. De plus, dans ce ligament, on trouve une poche hématique, du volume d'un œuf de pigeon, pleine de caillots sanguins ; cette poche communique avec la cavité utérine par une déchirure de la largeur d'un doigt. Dans le voisinage de la paroi utérine et de la cavité hématique, une artère donne du sang ; on la lie de suite. Suture des bords de la déchirure, tamponnement à la Mikulicz de la cavité hématique, drainage vaginal. Le soir de l'opération, seulement 38°,2. Puis, suites opératoires apyrétiques. Guérison régulière.

OBS. — 36 ans, IVpare. 1er accouchement en 1894, *forceps* ; 2e accouchement en 1896, avortement à 3 mois ; en 1900, présentation de la face, accouchement spontané ; 4e grossesse, dernières règles, le 16 février 1902. Début du travail le 18 décembre 1902, 6 heures du matin. Accouchement lent, douleurs peu énergiques, perte des eaux à 7 heures du soir. La tête étant au détroit inférieur et ne progressant pas, comme on constatait des signes d'asphyxie de l'enfant, que, de plus, il survint une perte de sang qu'on rapporta à un placenta prævia, on termina l'accouchement par une application de forceps qui se fit facilement, en quelques tractions : enfant de 3.400 grammes, vivant. L'extraction de l'enfant fut suivie de l'écoulement d'une assez grande quantité de caillots sanguins (on avait injecté, avant et après l'application de forceps, 1 gramme d'ergotine). Délivrance régulière. A son réveil, l'accouchée accusa de vives douleurs dans le ventre, et, 4 heures après l'intervention, des symptômes graves survenaient (pouls de plus en plus faible, météorisme abdominal généralisé avec sensibilité localisée dans la région de l'utérus. Matité dans la région inguinale gauche). A un examen vaginal, on constata une rupture intéressant la paroi gauche de l'utérus, à la hauteur de l'orifice interne. Après un tamponnement, et comme l'état s'aggravait, on fit la laparotomie. Il y avait dans le ventre une quantité modérée de sang liquide mêlé de quelques caillots. Sur le côté de l'utérus, une *déchirure longitudinale à bords déchiquetés*, admettant 3 doigts. *Hystérectomie supra-vaginale*. Mort. Sur l'utérus, on constata, *dans le voisinage de la déchirure et dans ses bords, du tissu cicatriciel, dur : donc déchirure dans une cicatrice.*

En terminant, Labhadt écrit : « Ces sortes de faits font ressortir l'importance des cicatrices de l'utérus, surtout des cicatrices de la portion inférieure de l'organe, pour les accouchements ultérieurs. Les cas de cicatrices de la portion supra-vaginale paraissent particulièrement graves ; c'est la région qui s'amincit le plus par le travail de l'accouchement ; d'autre part, la déchirure à ce niveau tire du voisinage du péritoine plus de gravité. Les cicatrices, physiologiques en quelque sorte, de la portion vaginale du col de l'utérus sont

beaucoup moins importantes, bien qu'une déchirure de cette région puisse éventuellement, mais exceptionnellement (accouchement forcé, manœuvres violentes), s'étendre jusqu'à la zone dangereuse. »

Ces faits, ainsi que ceux publiés par Hofmeier, engagent aussi à une grande circonspection dans l'emploi des incisions profondes à la Dührssen et de la césarienne vaginale.

R. L.

De la rupture spontanée de la matrice dans un diverticule de l'utérus gravide et atteint d'infection septique (Ueber die spontane Zerreissung der Gebärmutter in einem schwangeren septischen inficerten Uterusdivertikel). HELLENDALL, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 3, p. 686.

Ce fait rare vient s'ajouter à deux autres antérieurement publiés de Schickeles et de A. Freund.

OBS. — ..., 42 ans, XIpare, admise à la « *Universitats-Frauenklinik* de Tubingen » (direct. Döderlein) le 10 décembre 1903. Dernier accouchement en décembre 1902. Dernières règles. mi-août 1903. Depuis mi-octobre, hémorragies irrégulières et douleurs dans la région hypogastrique droite. Volume de l'utérus, comme à 4 mois de grossesse. Portion vaginale du col de l'utérus molle, relâchée. Jusqu'au 16 décembre, température normale; bon état de santé, bon aspect. Le 16 décembre, à 9 heures du matin, perte de connaissance. L'après-midi, vers 3 heures, frisson. T., 38°,8; douleurs persistantes dans le ventre. Vers 8 heures, le soir, du météorisme abdominal et sensibilité abdominale diffuse à la pression. Pâleur, respiration accélérée. Pouls petit, fréquent. Pendant la nuit, des vomissements., et vers 4 heures du matin, expulsion d'un fœtus vivant, long de 24 centimètres. La délivrance ne se faisant pas, et l'expression à la Crédé ayant échoué, on va à la recherche du placenta. La main dirigée vers le fond de l'utérus rencontre, à droite, un relief accusé, auquel fait suite une loge à paroi très mince, dans laquelle est le placenta déjà entièrement décollé. Le délivre est amené jusqu'à l'orifice externe, puis extrait avec une pince. Outre cette loge remarquable par la minceur de la paroi, il fut constaté, au niveau du fond de l'utérus, une perforation admettant aisément deux doigts.

Diagnostic. — « Rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. » *Hystérectomie vaginale totale.* Au cours de l'opération, les intestins apparaissent recouverts de flocons de pus. Lavage de la cavité abdominale; deux contre-ouvertures: tamponnement du Douglas avec la gaze iodoformée. *Mort* 4 heures après l'intervention.

Examen de l'utérus. — Il a la grosseur d'un utérus gravide à 5 mois. Au fond de l'utérus existe une déchirure de la dimension d'une paume de main, à bords déchiquetés. Toute la paroi fondale, mince comme du papier, coiffe à la façon d'un sac le reste de l'organe, à musculeuse au contraire épaisse. Ce sac demi-sphérique apparaît séparé de la portion sous-jacente par une saillie accentuée, jaunâtre. La face antérieure de l'utérus incisée, on constate qu'à cette saillie externe correspond le relief interne perçu au cours de la délivrance, relief qui siège à peu près à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la matrice. L'épaisseur du sac est à droite de 1 millimètre, à gauche de 2 millimètres. L'épaisseur du col, 2 centimètres; celle du corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne, 3 centimètres; au niveau de la zone moyenne de l'utérus, à droite, 4 centimètres, à gauche 3 centimètres; au niveau de la saillie jaune, à droite, 2 centimètres, à gauche 1 cm. 5. — Au résumé, *utérus surmonté d'une sorte de prolongement sacculaire, à paroi extrêmement mince, siège dans sa région fondale, d'une perforation des dimensions d'une pièce de 5 marks, et communiquant avec la cavité générale de la matrice par une ouverture ayant la dimension d'une paume de main, sorte de détroit limité par un relief circulaire correspondant à un relief externe.*

Cet examen fut complété par des recherches microscopiques, des cultures, des inoculations pour lesquelles on utilisa particulièrement la sécrétion lochiale,

le liquide péritonéal, etc., recherches dont les résultats permirent d'établir que *la péritonite mortelle fut causée par une infection mixte, dont les agents furent le bacille coli et surtout un bacille, non colorable par le Gram, dont l'extrême virulence se manifesta sur les animaux qui furent inoculés.*

Origine du sac fœtal. — Il n'y a pas eu déchirure violente. De violence, il n'aurait pu s'en produire qu'au moment de la délivrance; or, le placenta s'était spontanément et entièrement décollé ; de plus, les signes de rupture ont précédé la délivrance. S'est-il agi de l'éclatement d'une grossesse tubaire, ayant débuté dans la portion interstitielle de l'oviducte, grossesse qui produit la dilatation de l'ostium tubaire et qui, par ce mécanisme, peut même aboutir à une grossesse utérine. L'examen histologique, en coupes sériées, écarte cette possibilité. D'autre part, il n'y avait aucun développement latéral de l'utérus, et comme il a été noté plus haut, il s'agissait plutôt d'une loge sacculaire posée, centre sur centre en quelque sorte, sur l'autre partie de la matrice. Dans un cas de rupture spontanée de l'utérus, Schickele, pour l'expliquer, admet l'existence d'un diverticule utérin dans lequel l'œuf se serait fixé et développé. De plus, il donne la même interprétation à un cas analogue de H. Freund. « Outre qu'il y a lieu d'écarter la possibilité de toute autre variété de grossesse ectopique, la présence de muscles lisses dans la paroi du sac ovulaire milite en faveur de l'existence d'un diverticule de l'utérus. Ce fait établit péremptoirement que la substance de l'utérus a concouru à la formation de la paroi du sac. Et s'il n'y avait de la musculeuse lisse qu'en certains points de cette paroi, c'est qu'il y avait eu atrophie par compression de cette musculeuse. Peut-être même la partie musculeuse, au niveau de ce diverticule, était-elle dès le principe faible, rare en comparaison des éléments connectifs. Une autre raison en faveur d'un diverticule de l'utérus, c'est la continuité du revêtement séreux de la surface du sac avec celui de la matrice et le fait qu'un sac et un utérus sont ainsi disposés, que leurs cavités se continuent directement sans que les deux angles tubaires aient en quoi que ce soit concouru à la formation du sac. »

Et cette interprétation que Schickele a donnée du fait qu'il a observé et de celui de H. Freund qu'il a analysé, Hellendall l'accepte aussi pour le sien, justiciable des mêmes raisons (même situation respective du sac et de l'utérus; présence démontrée microscopiquement de musculeuse lisse dans la paroi du sac ; inutilisation totale des angles tubaires à la formation du sac).

Symptomatologie. — Cliniquement, les 3 cas ont présenté des différences notables. Dans celui de Freund, vers la fin du cinquième mois disparition graduelle des mouvements de l'enfant avec faibles douleurs dans le bassin ; deci, delà, des pertes de sang par le vagin ; puis, avec les progrès d'une péritonite chronique, augmentation des douleurs, en même temps que production, en un point du bassin, d'une proéminence, effet de la perforation graduelle de l'utérus et de l'issue progressive du fœtus dans la cavité abdominale. *Diagnostic* de la rupture avant l'opération. *Laparotomie et guérison.* — Pour le

cas de Schickele, bon état de santé jusqu'à la fin de la grossesse, début et arrêt des douleurs à terme, cessation des mouvements fœtaux, puis de temps à autre perte de sang par le vagin. Puis, brusquement, fortes douleurs dans le ventre, vomissements répétés. A cause de cela, métrorrhagie, extraction et perforation d'un enfant putréfié, mort de la mère. Constatation de la rupture à la nécropsie. Dans le troisième cas, signes d'un avortement prolongé, à 5 mois de grossesse. De temps à autre, douleurs dans le ventre, pertes de sang génitales, puis, brusquement, perte de connaissance, avec simultanément des signes d'un avortement septique et les symptômes d'une péritonite. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Constatation de la rupture au cours de l'extraction manuelle, du délivre spontanément décollé. Hystérectomie vaginale immédiate, sans succès.

Ainsi, tandis que dans les deux premiers cas, l'analyse des symptômes indique une perforation lente, graduelle de l'utérus, pour le troisième la perforation semble s'être produite brusquement. Le succès enregistré dans le cas de Freund paraît devoir être attribué à l'absence d'une infection septique. Dans le cas de Schickele, la mort fut le résultat d'une péritonite aiguë par perforation, qui tua la malade 3 mois après l'évacuation de l'utérus *per vias naturales*. Quant à l'échec de l'intervention chirurgicale, il trouve son explication dans les résultats fournis par les recherches bactériologiques. Dès l'hospitalisation de la malade, on put démontrer qu'il y avait eu, déjà, infection utérine. La prise de lochies, avant tout examen à la clinique, donna, en effet, par culture des streptocoques et un bacille non colorable par le Gram, microorganismes qui, ainsi qu'il résulta de l'examen de l'utérus enlevé, avaient déjà traversé la paroi utérine.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'anatomie de la grossesse tubaire (Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft),. F. Kermauner, Berlin, 1904, Karger.

Ce travail consciencieux, très intéressant, qu'accompagnent des figures nombreuses, très claires, est basé sur un total de 40 cas brièvement relatés (36 cas de la clinique de Gratz, 4 de la clinique de Heidelberg). Les pièces proviennent d'opérations faites toutes sous la direction du professeur Rosthorn. Toutes les fois que cela fut possible, l'aire placentaire fut étudiée sur toute sa longueur ; on étudia aussi tous les points les plus divers de la portion utérine et abdominale de la paroi tubaire, et l'on examina l'ovaire, éventuellement

l'utérus, les annexes du côté opposé, enfin la môle et la capsule de l'hématocèle. Les cas se répartissent ainsi : *a*) grossesse tubaire double, 1 ; *b*) à gauche, 25 ; *c*) à droite, 14 ; *siège de l'œuf* : *a'*) isthmique, 19 fois ; *b'*) ampullaire, 18 fois ; *c'*) indéterminé, 4 fois. L'auteur confirme cette particularité, que *la tendance à l'avortement ou à la rupture est d'autant plus grande que la greffe ovulaire est plus rapprochée de l'utérus.* Des 19 grossesses isthmiques, 10 se terminèrent par rupture, 9 par avortement. En ce qui concerne le siège précis et primitif de la *greffe* ovulaire, point qui a été le sujet de tant de discussions, ce siège primitif paraît bien être dans la paroi tubaire. Relativement à la greffe sur un des plis muqueux de la trompe, l'auteur fait observer, qu'en certains cas, au moins, *l'aspect macroscopique d'une préparation peut être illusoire, la greffe primitivement dans la paroi tubaire ayant pu être secondairement pédiculisée par l'effet des contractions de l'oviducte.* Sur le point également très débattu de la capsulaire (cad. pseudo-réfléchie), l'auteur écrit : « *Dans les* 35 *cas utilisables pour l'étude de cette question, tous présentaient des restes de la capsulaire,* etc. ; il y a une membrane de quelques millimètres à 1 centimètre et plus, qui, se détachant du bord de l'insertion ovulaire, s'élève et s'étend sur la môle. La plupart du temps, cette membrane est composée de *tissu connectif* dont les fibres se continuent directement dans le chorion tubaire, est tapissée vers la lumière de la trompe par un épithélium bas, très aplati, manquant çà et là, *tandis que le côté de la trompe en contact immédiat avec l'œuf ne présente jamais le plus petit vestige de revêtement épithélial.* Dans certains, je pus apercevoir des fibrilles et même des faisceaux musculaires qui rayonnaient vers la base de cette membrane. J'ai vu aussi des plis, des franges qui, de la paroi tubaire, s'étalaient sur la capsulaire et s'y soudaient comme pour la renforcer. En général, la portion de la capsulaire à structure définie est courte : les éléments musculaires disparaissent d'abord, puis l'épithélium, tandis que le tissu connectif va un peu plus loin jusqu'à un circuit marginal, à partir duquel on peut constater, en manière de couvercle, de revêtement de l'œuf, des bandes de fibrine, comme en ont décrit Kreisch et Couvelaire. *Je n'ai, dans aucun cas, trouvé une enveloppe connective continue,* répondant à la description de Kroemer. Il semble forcé que la transformation de l'œuf en une môle qui a besoin de plus de place brise la capsulaire (en certains cas, déchirure étoilée). » Dans 6 cas seulement des 40 qu'il a étudiés, Kermauner a vu des éléments déciduaux incontestables ; d'ailleurs, il ne les tient pas pour signes pathognomoniques de la grossesse. L'auteur termine par l'étude des modifications subies par l'utérus, le péritoine, retrace l'évolution clinique de la grossesse tubaire, examine la question de son étiologie, en se basant essentiellement sur le terrain des conditions anatomiques et conclut à un rapport de cause à effet entre la grossesse ectopique et la salpingite.

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Aschaffenburg. Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven und Geisteskrankheiten. *Munch. mediz. Wochens.*, septembre 1906, p. 1793. — **Bond**. An Inquiry into some points in uterine a. ovarian physiology a. pathology in Rabbits. *British med. J.*, juillet 1906, p. 121. — **Bouée**. The Functions of the Uterosacral a. round Ligaments. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 179. — **Cristalli**. Contributo alla patologia del dotto di Nuck. *Arch. di Ost. e Gin.*, mai 1906, p. 257. — **Féré**. Méfaits des artifices de la fécondation. *Ann. gén. urin.*, 1er juin 1906. — **Gessner**. Ueber das Verhalten des Menschen bei paragenitaler Zufuhr artgleichen Spermas. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 28, p. 794. — **Graves**. The Diagnostic significance of decidual Tissue. *Boston med. a. Surg. J.*, juillet 1906, p. 88. — **Herff**. Ueber den Werth der Heisswasseralkooldesinfektion fur die Geburtshilfe wie fur den Wundschutz von Bauchwunden. *Münch. med. Wochensch.*, juillet 1906, p. 1449. — **Hyde**. Associated Stomach. and Gynec. Lesions. *Brooklyn. med. Journ.*, juin 1906, p. 194. — **Jessup**. Value of blood Examinations in surgical Diagnosis. *Am. J. Obst.*, uillet 1906, p. 33. — **Magnanimi**. Ricerche sperimentali sul timo. *La Clinica Ostetrica*, juillet 1906, p. 289. — **Melville**. Ovary free in the Pelvic Cavity. *Edinb. med. J.*, septembre 1906, p. 250. — **Oastler**. The Processes of Reproduction. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 145. — **Sippel**. Wieviel Zeit muss nach der Geburt verstreichen. bis man plastische Operationen an der Genitalien ausführen darf ? *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 36, p. 1002. — **Snegulreff**. Heredity in Gynecology. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 53. — **Van de Warker**. The Fetich of the Ovary. *Am. J. of Obst.*, septembre 1906, p. 366.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Balsch**. Lumbalanästhesie in der Gyn. und Geb. *Deutsch. med. Woch.*, 20 sept. 1906. — **Blumberg**. Selbsthaltender Vulvovaginalsreizer, ein neues Instrument für vaginale Operationen (Kolpotomie, digitale Ausraümung, Curettage, Dammrisse. Prolapsoperationen). *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 39, p. 1065. — **Busse**. Ueber die Verbindung von Morphine-Skopolamin-injektionen mit Rückenmarkanesthesie bei gynäkologischen Operationen. *Munch. med. Wochensch.*, septemb. 1906, p. 1858. — **Pichevin**. De l'hystérométrie. *La Semaine gynécologique*, p. 59. — **Turin**. Bier'sche Verfahren in intrauterines Anwendung. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 28, p. 785.

VULVE ET VAGIN. — **Alfieri**. Cancro del fornice vaginale postero-laterale destro sviluppatosi da una primitiva erosione cervicale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 6, p. 7[illegible]. — **Bovée**. The Surgical Treatment of Gonorrhea in Women. *Am. J. of Surgery*, août 1906, p. 233. — **Brothers**. The Construction of a new Vagina. *Am. J. of Obst.*, sept. 1906, p. 2[illegible]. — **Dührssen**. Uber vaginalen Bauchschnitt. *Münch. med. Wochench.*, septemb. 1906, p. 1855. — **Jayle**. Le Kraurosis vulvæ. *Rev. de gynéc. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 4, p. 633. — **Logathetopulos**. Ueber die Tuberculose der Vulva. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX. Hft. 2, p. 316. — **Pichevin**. Leucoplasie et kraurosis de la vulve. *Sem. gyn.*, 7 août 1906. — **Pichevin**. Opération sur les annexes par la voie vaginale. *Sem. gyn.*, 21 août 1906. — **Potterat**. Tumeur solide du vagin. *Bul et Mém. Soc. chirurgie Paris*, juillet 1906, p. 703. — **Schülein**. Garrulitas vulvæ. *Deutsch. med. Woch.*, 26 juin 1906. — **Williamson**. A Note on Adenoma of the Labium. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, sept. 1906, p. 253.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Baker**. A new Operation for Anteflexion of the Cervix. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 17. — **Beyea**. Treatment of the advanced Forms of prolapse of the Uterus and Vagina. *Univ. of Pens. med. Bulletin*, July 1906. — **Coffey**. Excision of a V-Shaped Piece of the Posterior Uterine Wall for Anteflexion of the Cervix, with the aid of an Intra-uterine Halder. *Am. J. of Obst.*, septemb. 1906, p. 388. — **Emans**. A Case of complete Inversion of the Uterus. *Med. Record*, mai 1906, p. 795. — **Hill**. Menstruation. In significance with

particular reference to recent litterature. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 72. — **Palm**. Zur Alexander-Adams'chers Operation. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 31, p. 870. — **Pichevin**. Hystérectomie ou amputation haute du col dans les prolapsus utérins complets. *Sem. gyn.*, 29 mai 1906. — **Pollosson**. Hystérectomie abdom. totale avec colpopexie dans le traitement de certains prolapsus *Bull. Soc. chirurg. Lyon*, avril 1906, p. 137. — **Schatz**. Behandl. der Verlag. der Uterus. *Deuts. med. Woch.*, 19 juillet 1906.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Addinsell**. Chronic Infective metritis. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1906, vol. XLVIII, p. 144. — **Addinsell**. Chronic Infective Metritis. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, juillet 1906, p. 6. — **Anspach**. Metrorrhagia myopathica. *University of Pensylvania medical Bulletin*, 1906, p. 322. — **Bissell**. Sterility a. its Surgical Treatment. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 169. — **Chrobak**. Artificial Sterilisation. *Annals of Gyn. a. Ped.*, sept. 1905, p. 455. — **Franceschini**. L'origine sifilitica di alcuni cancri uterini. *La Clinica ostetrica*, août 1906, p. 337. — **Meyer**. Zur Atonie des nicht schwangeren Uterus. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 38, p. 1045. — **Murroy**. Significance of Uterine Hemorrhages of the Menopause. *Am. J. Obst.*, août 1906, p. 245. — **Riebold**. Menstruationsfieber, menstruelle Sepsis. *Deutsch. med. Woch.*, n°s 28 et 29, 1906. — **Schœnfeld**. Les causes de la perforation de l'utérus lors du curettage. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-07, n° 1, p. 2. — **Ward**. The Causes of Sterility. *Am. J. of. Obst.*, août 1906, p. 158.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bland-Sutton**. Uterine Fibroids complicated with cancer of the Body of the Uterus. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, août 1906, p. 1. — **Brown**. A Review of the Evolution of the modern surgical Treatment of Fibroid tumors of the Uterus. *Medic. Record*, juillet 1906, p. 135. — **Cazenave**. Considérations cliniques et opératoires sur une série de 144 hystérectomies abdominales pour fibromes. *Rev. de gyn. et de chirurgie abdom.*, 1906, n° 4, p. 609. — **Costa**. Le vie di diffusione del cancro dell'utero. *Annali di Ost. e Ginec.*, août 1906, p. 101. — **O. de Rouville et J. Martin**. La mort des fibromyomes de l'utérus. *Arch. gén. de médecine*, 7 août 1906. — **Döderlein**. Kampf wider das Uteruscarcinom. *Deuts. med. Woch.*, 20 sept. 1906. — **Dührssen**. The Contest with Cancer of the Uterus. *Surgery Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 376. — **Foveau de Courmelles**. La radiothérapie des fibromes. *Rev. de thérapeutique médico-chirurg.*, juin 1906, p. 397. — **Goelet**. Hysterectomy or Myomectomy. *Am. J. of Surg.*, novemb. 1905, p. 106. — **Latteux**. Des myomes et fibromyomes kystiques de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 4, p. 395. — **Lockyer**. Three Cases of Adeno-myoma uteri. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1906, vol. XXVIII, p. 84. — **Monprofit**. Myomectomie abdomin. *Anjou méd.*, juillet 1906. — **Pichevin**. Difficultés de l'ablation utéro-annexielle. *Sem. gyn.*, 19 juin 1906. — **Pichevin**. Torsion du pédicule des fibr. utérins. *Sem. gyn.*, 3 juillet 1906. — **Pichevin**. Trait. de quelques accidents du cancer utérin. *Sem. gyn.*, 10 juillet 1906. — **Pichevin**. Radiothérapie des fibr. utérins. *Sem. gyn.*, 17 juillet 1906. — **Piquant**. Diagn. des fibromyomes de l'utérus. *Trib. méd.*, 22 mai 1906. — **Sarvez**. Ueber die primarien Resultaten und die Dauerrerfolge der modernen Myomoperationen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 2, p. 277. — **Schaller**. Gleichzeit. Vorkommen von Adenocarcinom und Riesenzellensark. u. multiple myomat. Corpus Uteri. *Deuts. med. Woch.*, 14 juin 1906. — **Stuleurauch**. Die Behandlung der « Stiele » bei gynäkologischen Operationen. *Münch. mediz. Wochenschr.*, août 1906, p. 1575. — **Thiéry**. Déciduome bénin. *Bull. et Mém. S. de chirurg. de Paris*, juillet 1906, p. 704. — **Trotta**. A proposito di un taglio cesareo seguito da isterectomi addominale totale per carcinoma del callo. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 4, p. 193. — **Zamarani**. Intorno all'anuria transitoria successiva all'isterectomia vaginale con forcipressura. *Annali di ost. e ginec.*, 1906, n° 6, p. 805.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS — **Cormichael**. Hernia of the uterine Adnexa with a personal Experience of seven Cases. *Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, août 1906, p. 16. — **Douglas**. The treatment of suppuration, conditions in the abdominal cavity general and local. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1905, n° 7, p. 381. — **Jeannin**. Traitement chirurgical des péritonites puerpérales généralisées. *Obst.*, mai 1906, p. 211, 328. — **La Torre**. La chirurgia conservatrice dell' ovaio. *La Clinica ostetrica*, juillet 1906, p. 299. — **Lea (A)**. The vermiform appendix in relation to pelvic inflammations with an analysis of ten cases. *Obst. and Gyn. of the British Emp.*, août 1906, p. 133. — **Malcalm**. Peritonitis and the staphylococcus. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1906, vol. LXVIII, p. 97. — **Pichevin**. Toutes les salpingites doivent-elles être opérées radicalement. *Sem. gyn.*, 4 sept. 1906.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Aguilar**. Ovariotomia prepartum. *Revista*

obstetrica, 1906, n° 4, p. 146. — **Bégoin.** Double kyste sub-ovarien avec torsion d'un côté. *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, juillet 1806, p. 314. — **Bleibtren.** Teratoïde Geschwülste im Beckenbindegewebe. *Deutsche mediz Wochens.*, 2 août 1906.— **Cae** (**H.**). Infection of ovarian cystomata. *Surgery, Gyn., and Obst.*, septemb. 1906, p. 410.— **Groudzdew.** Zur Frage des Cysten de Corporea lutea des Ovariums. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. p. 2, p. 347. — **Jaubert et Nicat.** Kystes de l'ovaire à pédicule tordu dont l'un coïncidant avec une grossesse. *La Loire méd.*, juillet 1906, p. 157. — **Le Dentu.** Kyste proligère glandulaire de l'ovaire. *Semaine gyn.*, 24 juillet 1906. — **Michaud.** Sarcome volumineux de l'ovaire adhérent à l'intestin et au mésentère, etc. *Bull. et Mém. S. de chirurg. Paris*, juin 1906, p. 644. — **Michaud.** Sarcome de l'ovaire. *Bull. et Mém. S. de chirurg. Paris*, juillet 1906, p. 705.— **Neuhauser.** Ueber die teratoïden Geschwulste des Eierstockes. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 3, p. 696. — **Pathon.** Ovarian cysts situated above the superior pelvic strait, complicated by pregnancy. *Surgery, Gyn. and Obst*, sept. 1906, p. 413. — **Pichevin.** Papillomes des ovaires. *Semaine gyn.*, 12 juin 1906. — **Richelot.** Kyste racémeux de l'ovaire. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, juillet 1906, p. 740. — **Sarwey.** Ist die Verklein. der Ovarialtumoren zwecks oper. Entfernung zulassig. *Deust. med. Woch.*, 20 sept. 1906. — **Schumann.** Adenocarcinomia of the abdominal Wall, developping subsequent to the Reemoval of ovarian neoplasms. *Am. J. of obst.*, août 1906, p. 187. — **Stickel.** Ueber doppelseitige metastiche Ovarialcarcinome. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXIX, Hft. 3, p. 605. — **Sutcliffe.** Three cases of twisted pedicle. *The Lancet*, septembre 1906, p. 650.— **Velits.** Ueber die Dauererfolge der Ovariotomie. *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXIX, Hft. 3, p. 523.

ORGANES URINAIRES. — **Alexander.** Obervations upon the causes a treatment of perineal abscess a. of periurethral Suppurations above the triangular ligament. *Med. Record*, octobre 1905, p. 685. — **Grad.** Bladder affections in gynecol. cases. *Am. J. of Obst.*, septemb. 1906, p. 374. — **Héresco.** Inversion de la vessie à travers l'urèthre déchiré. *Soc. de chirurgie de Bucharest*, mars 1906. — **Rochet.** Cystalgies des femmes. *Annales org. génito-urinaires* 15 juillet 1906. — **Schenk.** Zur Kasuistik der Harnleitersteine. *Zentrbl. f. Gyn.* 1906, n° 36, p. 999.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Lop.** Rupture de la trompe gravide (à propos de cinq cas de grossesse extra-utérine tubaire). *Gaz. des hôpitaux*, juillet 1906, p. 964. — **Pichevin.** Faut-il enlever les annexes des deux côtés dans les cas de grossesses extra-utérine unilatérale? *Sem. gyn.*, 5 juin 1906.—**Témoin.** Grossesses extra-utérines, hématosalpinx, inondation péritonéale ; utilité du diagnostic précoce. *Annales méd.-chirurg. du Centre*, août 1906, p. 397.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Chavannaz.** Parotidites et opérations abdominales. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1905, n° 41, p. 717. — **Rheaume.** Des éventrations post-opératoires. Prophylaxie par un mode spécial de fermeture de l'abdomen. *L'Union méd. du Canada*, septembre 1906, p. 515.— **Sippel.** Handdesinfect. und asepsis bei Laparot. *Deuts. med. Woch*, 13 septembre 1906.

OBSTÉTRIQUE

OBSTÉTRIQUE. ACCOUCHEMENT. — **Berthaut.** Mécanisme de l'accouch. physiol. *Arch. gén. de méd.*, 21 août 1906. — **Kehrer.** Die sogenannten Ursachen der Geburt. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 3, p. 664.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Cristalli.** Di una nuova reazione delle urine delle puerpere. *Arch. di Ost. e Ginec.*, mai 1906, p. 274. — **Erchia.** Esiste une perfetta omplogia nella placenta dei vertebrati. L'origine fœtale del sincitio nella placenta umana. *Arch. di Ost. e Ginec.*, mai 1906, p. 265. — **Ferroni.** Le ossidasi placentari. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1906, n° 6, p. 657. — **Fossati.** Di nuovo su un reticulo dei villi placentari. *Annali di Ost. e Ginec.*, août 1906, p. 93. — **Frassi.** Di una non comune alterazione placentare in alcuna forme patologiche di gravidanza. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 10, p. 387. — **Gheorghui.** Fibrome du placenta. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Bucarest, 1906, n° 1, p. 16. — **James.** Is there a Decidua Reflexa. *Edinb. med. J.*, août 1906, p. 135. — **C. Jeannin.** Le Syncitium. *Presse médicale*, 26 mai 1906. — **Lamborn.** A Study of the Development of Extrauterine decidua. *Surgery Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 388. — **Oliphant.** Some of the physiological Changes in the Maternal Organism during Pregnancy a. their significance. *Edinb. med. J.*, août 1906, p. 123, 285. — **Pinto.** Ricerche istologiche su raschiamenti post-abortivi. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 4, p. 208. — **Por-**

ceddu. Il ricambio azotato nelle puerpere sottoposte o no ad allatamento. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 7, p. 420. — **Procopio**. Sulla presenso del bacterium coli commune nel secreto vaginale delle gravide sane e nei lochii delle puerpere normale. *Archivio di ost. e ginec.*, 1906, n° 7, p. 385. — **Raineri**. Intorno alle vie di infezione del liquido amniotico. Sul passagio di bacterii e di tossine attraverso alle membrane ovulari. *Annali di ost. e ginec.*, août 1906, p. 47. — **Zweifel**. Die unmittelbare Messung der conjugata Obstetricia. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 27, p. 763.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Wallich**. Sur la prétendue menstruation des femmes enceintes. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1906, n° 4, p. 625.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Fleurent**. Ein Fall von gleichzeitiger intra-und extrauterine Schwangerschaft. *Munch. mediz. Wochensch.*, septemb. 1906, p. 1817. — **Rudaux**. Accès éclampt. au cours d'un accouchement gémellaire. *Arch. gén. de médecine*, 28 août 1906.

DYSTOCIE. — **Leprevost**. Dystocie fibreuse par tumeur pelvienne chez une primipare, observée en fin de grossesse. *L'année méd. de Caen*, juillet 1906, p. 60. — **Warren**. Some Common Varieties of Obstructed Labor. with Clinical Illustration. *Am. J. of Obst.*, septembre 1906, p. 347.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Aspell**. Tuboabdominal Pregnancy at Term., *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 39. — **Landau**. Ueber einen Fall von vorgeschrittener Extrauterusgravidität bei lebenden Kinde. *Berlin klin. Wochensch.*, août 1906, p. 1061. — **Littner**. Sekund. abdominal Gravidität mit Ausgetr. lebenden Kinde. *Deuts. med. Woch.*, 26 juillet 1906. — **Rödiger**. Ueber einen Fall von ausgetragener intraligamentäres Schwangerschaft. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 31, p. 874. — **Seeligmann**. Ausgetrag. Bauchhöhlenshwangersch. mit dem Sitze der Mutterk. auf der Unterf. der Leber und der Gallenbl. *Deuts. med. Woch.*, 31 mai 1906. — **Vinna**. Note cliniche ed anatomiche sopra 50 casi di gravidanza tubarica. *Annali di ost. e ginec.*, 1906, n° 7, p. 1.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Beede**. Report of a Case of a Lithopædion, *Surgery, Gyn. and Obst.*, septembre 1906, p. 374. — **Bourgerette**. Abcès multiples chez un fœtus. *La Gazette méd. du Centre*, juillet 1906, p. 205. — **Budin**. Des consultations de nourrissons, leurs résultats. *L'Obstétrique*, juillet 1906, p. 289. — **Hocheisen**. Ein Fall von Gonokokkamie bei einen Saügling mit Blennorhal. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXIX, Hft. 2, p. 415. — **La Torre**. Della macrosomia fetale. *Annali di ost. e ginec.*, juillet 1900. — **Rabaud**. Méningite fœtale et spina bifida. *Arch. gén. de méd.*, 21 août 1906. — **Weymeersch**. Résultats de la première année de fonctionnement de la consultation de nourrissons créée dans le service du professeur Kufferath à la Maternité de Bruxelles. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-1907, n° 1, p. 6.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Allen**. Symphyseotomie with the report of five operations and a brief consideration of its advantages and disadvantages. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 204. — **Bill**. Hebotomy (Pubiotomy). *Surgery, Gyn. a. Obst.*, juillet 1906, p. 42. — **Bogd**. A Review of fourteen Cæsarean Section successfully performed. *Am. J. Obst.*, août 1906, p. 214. — **Brown**. Cæsarean section necessited by obstruction of pelvis by non pregnant Half of bicornate uterus. *Surgery Gyn. and Obst.*, septembre 1906, p. 359. — **Budin**. De l'embryotomie sur l'enfant vivant. *L'Obstétrique*, mai 1906, p. 200. — **Davis**. The choice of methods for dilating the gravid uterus. *Surgery, Gyn. and Obst.*, sept. 1906, p. 421. — **Demelin**. De la version podalique par manœuvres internes, lorsque l'enfant présente l'épaule. *L'Obstétrique*, mai 1906, p. 193. — **Knapp**. A further contribution concerning artificial dilatation of the cervix. *Surgery, Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 356. — **Seeligmann**. Zur Indikation und Technik der Hebotomie. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 38, p. 1041. — **Westphal**. Vaginaler Kaiserschnitt bei Moribunden; lebendes Kind. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 28, p. 791. — **Whitridge**. The induction of premature labor and accouch. forcé in the first five thousand labors in the obstet. Department of the Johns Hopkins Hospital. *Surgery, Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 402. — **William P. Pool**. Remarks upon the cæsarean operation. *Brooklyn. med. Journal*, juillet 1906, p. 232.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Boquel**. Les dangers du placenta prævia; la mort subite (fin). *Arch. méd. d'Angers*, septembre 1906, p. 508. — **Boxall, Spencer, Tweedj, etc.** Discussion on the Treatment of Albuminuria a. Eclampsia occurring in Pregnancy. *British m. J.*, sept. 1905, p. 715. — **Brindeau**. Sympt. de la rupture utérine. *Arch. gén. de méd.*, 19 juin 1906. — **Brisch**. Der Einfluss der Scheidendesinfection auf die Morbididat im Wochenbett. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 2, p. 325. — **Brodhead**. Treatment of the

Toxemia of Pregnancy. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 1. — **Burtrard**. Ueber die Behandlung des Wochenbettfiebiers mit Paltaufschem Streptokokkenserum. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 3, p. 673. — **Büttner**. Untersuchungen über die Nierenfunction bei Schwangerschaftniere u. Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 2, p. 421. — **Clark**. The Prophylactic Treatment of Puerperal Eclampsia. *Surgery Gyn. a. Obst.*, juillet 1906, p. 25. — **Cohn**. Hydramnios aiguë de 6 litres. Avortement général dans le 5e mois. Un des fœtus avec une tumeur coccygienne. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Bucarest, mars 1906, p. 28. — **Cohn**. Hydramnios aiguë de 6 mois. *Soc. de chir. de Bucarest.* mars 1906. — **Condon**. The Treatment of Placenta prævia by Cœsarean Section. *Surgery Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 398. — **Cotret (R. de)**. Eclampsie. *Union méd. du Canada*, juillet 1906, p. 386. — **Croom (H.)**. — Malignant Endocarditis during Pregnancy. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, août 1906, p. 22. — **Foulkrod**. Typhoïd Fever occurring during Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 238. — **French (H.)**. Mitral Stenosis a. Pregnancy. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, sept. 1906, p. 201. — **Freund**. Zur Gravidität u. Hamatometra der atretischen Nebenhorns. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 2, p. 381. — **Friedemann**. Die Unterbindung der Beckenvenen bei der pyeämischen Form des Kindbetsfiebers. *Munch. med. Wochensch.*, septemb. 1906, p. 1813. — **Gauthier**. Antagonisme de l'opium et du Veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. *L'Union méd. du Canada*, septemb. 1906, p. 525. — **Gomez**. Appendicitis en el embarazo. *Revista Obst.*, 1906, n° 4, p. 138. — **Ingram (P.)**. Fifty Cases of Labour complicated by organic Disease of the Heart, from the Records of Queen Charlotte's Hospital with a Note on the Blood Pressure during Pregnancy. *Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, septemb. 1906, p. 247. — **Jacobs**. Fibromes et grossesse. *Bull. soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1906-1907, n° 1, p. 9. — **Jackson**. The Heart in the Puerperium. *The Boston m. a. s. J.*, juillet 1906, p. 4. — **Jackson**. Puerperal Sepsis. *Am. J. Obst.*, juillet 1906, p. 20. — **Martin**. Die Behandlung des Puerperalfiebers mit antistreptokokkenserum. *Berlin. klin. Wochensch.*. 1906, n° 29, p. 971. — **Merlo**. Contributo alla casistica della gravidanza in utero didelfo. *Annali di ost. e ginec.*, 1906, n° 6, p. 819. — **Meyer-Rugg**. Perniziose Anämie im Wochenbett, kompliziert mit septischer Infektion. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 34, p. 155. — **Nathan**. The Mental Disorders of Pregnancy a. the puerperal Period. *Edinb. med. J.*, août 1906, p. 118. — **O'Farrel**. Tratamiento de las hemorragias puerperales. *Revista obst.*, 1906, n° 4, p. 129. — **Plant**. Missed Labour. *Deuts. med. Woch.*, 19 juillet 1906. — **Pollak**. Ueber Lumbalpunktion bei Eklampsie. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 31, p. 865. — **Proust**. Contribution à l'étude des hématuries gravidiques d'origine vésicale. *Rev. de gyn. et de chirurgie abdom.*, 1906, n° 4, p. 669. — **Rudaux**. Névrites gravidiques. *Arch. gén. de méd.*, 31 juillet 1906. — **Stewart**. Surgical Treatment of Puerperal Infection. *Am. J. of Obst.*, août 1906, p. 224. — **Sutter**. Weiterer Beitrag zur Kasuistik der nervosen Erkrankungen in Wochenbett. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 34, p. 945. — **Vanacore**. Alcuni osservazioni pratiche su quattro casi clinici di placenta previa. *La Clinica ostetrica*, juillet 1906, p. 318. — **Wilson**. Treatment of Puerperal Eclampsia. *British m. J.*, novemb. 1905, p. 1174. — **Winston**. Pathology, Etiology a. Treatment of Puerperal Eclampsia with a Plea for the Kidneys. *Med. Record.* août 1906, p. 173.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Futh**. Ueber Spulungen mit Wasserstoffuperoxyd unter Einwirkung von Argentum colloïdale oder von Permanganat. *Zentrbl. f. Gyn.*, 1906, n° 35, p. 969. — **Herff**. Farabeuf's Beckenmesser, 1906, n° 27, p. 769. — **Hocheisen**. Geburten mit Skopolamin-Morphims. *Münchener mediz. Wochensch.*, septemb. 1906, p. 1801. — **Roumel**. Ein neues Couveusenmodell für die Behandlung frühgeborener u. debiler Kinder. *Münch. med. Wochensch.*, septembre 1906, p. 1871.

VARIA. — **Diseou**. The Truth about so-Called Maternal Impressions. *Surgery, Gyn. and Obst.*, septemb. 1906, p. 424. — **Griffith**. Adress in obstetrics. *British med. J.*, août 1906, p. 423. — **Hill**. The statistiks of one Thousand Cases of Labor. *Am. J. obst.*, juillet 1906, p. 43. — **Neujean**. Les policliniques obstétricales en Allemagne. *L'Obstétrique*, juillet 1906, p. 309. — **Opitz**. Ein Fortschritte auf geburtsh. Gebiete. *Deuts. med. Woch.*. 9 août 1906. — **Pollak**. Die Nucleo-Proteide in der Behandlung septischer Krankheitsformen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIX, Hft. 2, p. 479. — **Rudeaux**. Toucher manuel en obstétrique. *Arch. gén. de méd.*, 26 août 1906. — **Tweedj**. Clinical a. Pathological Report of the Rotunda Hospital Dublin, for the Year 1904-05. *Surgery, Gyn. and Obst.*, août, p. 101. — **Vander Veer**. Spontaneous a. criminal Abortion from a medico-legal Point of View. *Am. J. of Surgery*, juillet 1906, p. 200.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

IGNACE-PHILIPPE SEMMELWEIS

(1818-1865)

Par M. le Professeur **A. PINARD** (1).

MESSIEURS,

Tout récemment, le 30 septembre dernier, eut lieu à Budapest l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Semmelweis (2).

N'ayant pu, comme je le désirais, me rendre à cette glorification et témoigner dans cette solennelle circonstance mes sentiments admiratifs et reconnaissants, je veux consacrer ma première leçon de l'année scolaire au souvenir de cet homme si longtemps méconnu ou dédaigné, qui cependant a mérité à juste titre d'être placé au premier rang parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Aussi bien, j'accomplirai un acte de justice, j'allais dire de réparation, et j'affirmerai dans vos esprits des notions capitales, notions qu'on ne saurait assez répéter aux étudiants, car *seules* elles permettent aujourd'hui aux médecins, et surtout aux chirurgiens et aux accoucheurs, de ne plus être dangereux dans l'exercice de leurs fonctions.

Mais il est probable que beaucoup, parmi vous, se posent mentalement, à l'instant même, ces deux questions : Qui est Semmelweis ? Qu'a-t-il fait ? Je vais essayer de répondre à ces deux questions. Pour cela, je puiserai largement surtout à cette source si pure et si abondante, où peuvent toujours s'abreuver sans crainte les accoucheurs altérés de vérité historique, j'ai nommé l'*Essai d'une Histoire de l'Obstétricie de Ed.-Gasp.-Jac. de Siebold*, traduite, annotée et enrichie d'un appendice par le vénéré doyen de l'obstétricie française, le professeur F.-J. Herrgott, qui consacra à Semmelweis l'un de ses plus beaux chapitres.

(1) Leçon faite par le professeur Pinard, le 9 novembre 1906, à la clinique Baudelocque.

(2) J'adresse des remerciements sincères à mon collègue le docteur G. Dirner, professeur et directeur de la Maternité de Budapest, qui a bien voulu me faire parvenir son remarquable discours avec ceux prononcés par ses collègues à la cérémonie du 30 septembre.

Ignace-Philippe Semmelweis naquit à Ofen, le 1er juillet 1818. Il était de pure race hongroise, car, d'après des preuves authentiques, ses ancêtres étaient déjà citoyens hongrois au dix-septième siècle. Après l'achèvement de ses études classiques, âgé de dix-neuf ans, Semmelweis se rendit à Vienne, pour y étudier le droit, qu'il abandonna bientôt, attiré qu'il était par la médecine, à laquelle il se consacra définitivement, en étudiant alternativement à Vienne et à Budapest.

Reçu docteur à Vienne le 4 avril 1844, après avoir soutenu une thèse sur la *Vie des plantes*, il fut nommé, le 26 novembre, maître en obstétricie et, quatre jours après, docteur en chirurgie.

Ayant eu pour maîtres Rokitansky et Skoda, il voulut d'abord s'adonner à la médecine, mais ne tarda pas à diriger ses études vers l'obstétricie. Le 29 février 1846, il fut nommé assistant provisoire et, le 1er juillet de la même année, assistant titulaire de la première clinique obstétricale de Vienne, dirigée alors par le professeur Klein.

Que vit-il là ? que fit-il ?

Pour vous faire comprendre les réponses à ces questions, il est absolument nécessaire de jeter un regard en arrière et de vous donner un court aperçu historique concernant ce fléau appelé alors : fièvre puerpérale.

Assurément, de tout temps, on a observé que des femmes récemment accouchées pouvaient être atteintes d'accidents fébriles et mourir plus ou moins rapidement. Hippocrate, Gallien, Celse, Avicenne, etc., rapportent des observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. Mais les épidémies fauchant les nouvelles accouchées, aussi meurtrières que la peste et la variole, ne furent signalées qu'après l'apparition des Maternités. On peut donc dire que la philanthropie fut cause des premières épidémies de fièvre puerpérale.

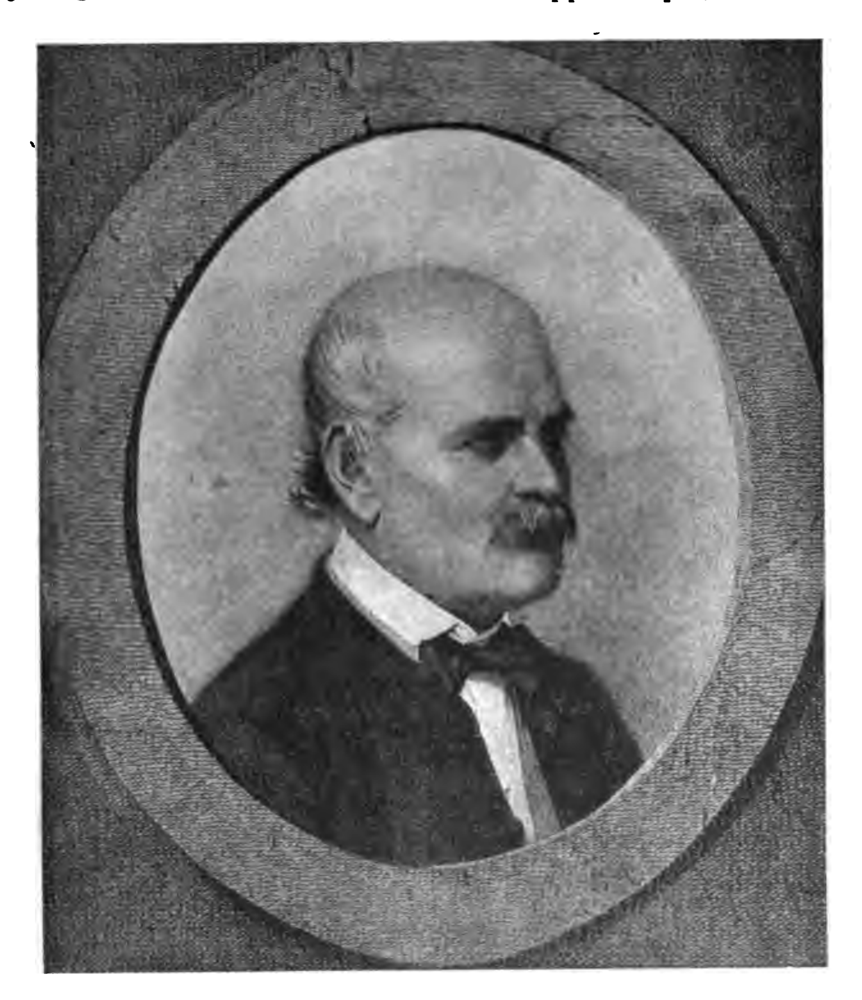
Il est bien certain, n'est-ce pas, que saint Louis, en créant à l'Hôtel-Dieu la « salle neufve » destinée « aux femmes gisans d'enffants », lesquelles étaient primitivement soignées par la « ventrière des accouchiez », ne se doutait guère de ce résultat.

Lisez le livre, si intéressant, si instructif, de Mlle Carrier, sur *les Origines de la Maternité de Paris*, et vous y verrez les documents les plus curieux concernant les épidémies observées à l'*office des accouchées* de l'Hôtel-Dieu en 1662, 1664 et surtout en 1746.

Partout où des maternités furent fondées, partout le même résultat

fut constaté : les femmes y étaient au moins décimées. Je dois ajouter que partout aussi on cherchait à expliquer la cause de ces épidémies et les moyens de les faire cesser.

Si, pendant plus de deux mille ans, les médecins de l'antiquité et du moyen âge, se faisant l'écho de la doctrine hippocratique, incriminèrent



IGNACE-PHILIPPE SEMMELWEIS (1818-1865).

presque uniquement la suppression des lochies et accusèrent ces dernières d'empoisonner l'organisme, la seconde moitié du dix-septième siècle vit apparaître la théorie de la métastase laiteuse. Sous l'influence de Puzos, cette théorie se vulgarisa rapidement et on décrivit alors, avec force détails : des *péritonites laiteuses*, des *fièvres de lait malignes*.

Pour vous donner quelque clarté sur ce qui se faisait alors, je vais

vous conter aussi rapidement que possible ce qui se passait à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1778 (1).

Au commencement de l'année 1778, Mme Dugès étant en possession du service depuis trois ans, l'épidémie était telle que, sur *douze accouchées*, *sept au moins* étaient atteintes de fièvre puerpérale. L'Administration, le Bureau, comme on disait alors, invita les médecins à donner leur avis sur les moyens d'arrêter cette « espèce d'épidémie ». Sur quoi chacun des médecins s'étant expliqué selon son ordre de réception, ils s'entendirent sur les points suivants : ils reconnaissent d'abord que la plupart des femmes qui ont péri de ce mal en sont attaquées au plus tard dans les douze heures de leur accouchement ; que le mal se manifeste par des douleurs aiguës dans les entrailles, qu'elles sont travaillées d'une fièvre violente. Le visage est enflammé, le lait ne monte point aux mamelles, puisque toutes sont prises du délire et périssent au plus tard le second jour.

Après avoir fait l'autopsie d'un grand nombre de ces malades, lesdits médecins jugent que ce mal est causé par « l'épanchement du lait dans la capacité du bas-ventre au lieu de monter au sein. Ce lait s'aigrit en peu d'heures. Les intestins sont gonflés et couverts d'un rouge inflammatoire, et le lait épanché se trouve tourner en fromage, à la quantité de deux fois plein la forme d'un chapeau ».

Les médecins ayant ainsi, dans leur déposition, incriminé le lait, se retirèrent, et le Bureau prit des mesures, dont la première fut ainsi formulée :

« Deffenses seront faites dès demain à la laitière qui s'est introduite et placée à la porte de la salle Saint-Joseph depuis plusieurs années, contre les règlements de la maison, de s'y présenter à l'avenir, et elle sera consignée aux portes. Les mères d'offices seront engagées à ne donner ni laisser prendre du lait aux femmes grosses qui vont travailler chez elles. »

Inutile d'ajouter que les malheureuses accouchées continuèrent à mourir dans les mêmes proportions et que cet état de choses ne se modifia point lorsque la Maternité fut transférée de l'Hôtel-Dieu, là où elle est encore aujourd'hui, et confiée alors à Baudelocque et à Mme Lachapelle.

A Vienne, la Maternité, fondée par l'empereur philanthrope

(1) In *Origines de la Maternité de Paris*, par Mlle Carrier. G. Steinheil, éditeur, 1888.

Joseph II, fut inaugurée le 16 août 1784. Elle resta sous la direction de Simon Zeller pendant cinq ans, puis sous celle de Jean Lucas Boer, le plus grand accoucheur de l'époque, jusqu'en 1822.

Ai-je besoin de vous dire que l'épidémie puerpérale visita la Maternité de Vienne comme elle visitait la Maternité de Paris? Mais, sous la direction de Klein, la mortalité prit des proportions effroyables.

C'était alors l'avènement du règne de l'anatomie pathologique! Les *localisateurs* entraient en scène pour lutter bientôt avec les *essentialistes*. Car il faut reconnaître que si la philanthropie a été la cause première des épidémies puerpérales, l'anatomie pathologique en a été bien souvent la cause seconde et la propagatrice.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'on avait pu constater à la Maternité de Vienne à partir de 1833.

A cette époque le nombre des étudiants des deux sexes était devenu si considérable que la Maternité fut dédoublée ; il y eut alors deux divisions, placées l'une sous la direction de Klein, l'autre sous la direction de Bartsch. Dans toutes deux, l'instruction était donnée aux étudiants et aux élèves sages-femmes. Cet état de choses dura six années, de 1833 à 1839, et pendant ce temps le résultat fut aussi déplorable dans une clinique que dans l'autre : mortalité de 7,36 p. 100 dans l'une et de 6,62 p. 100 dans l'autre.

Mais, dès 1839, l'Administration de l'hospice général décida que l'instruction serait donnée exclusivement aux étudiants dans la première clinique et aux sages-femmes dans la seconde. Bartsch prend la clinique des sages-femmes et brusquement la mortalité de son service tombe en 1840 à 2,60 p. 100, alors que dans la clinique de Klein où seuls sont admis les étudiants, la mortalité monte à 9,50 p. 100. Pendant cinq années, 1841 à 1846, l'écart reste le même. Il y eut pendant cette période des épidémies à la clinique des étudiants, où la mortalité atteignit le chiffre de 16 et de 31 p. 100.

En face de semblables désastres, tous les moyens vantés furent mis en usage : changements fréquents de literie, reblanchissage des salles, fumigations ; ce fut en vain.

Le local des services fut échangé. Le résultat fut le même, « la mort accompagna la première clinique dans le local de la seconde ».

Semmelweis entre à la première clinique dans ces conditions. Le spectacle qu'il voit le désole. Ainsi que le rapporte le docteur Dirner,

parmi la population de Vienne elle-même, la première clinique avait une réputation effrayante.

Toutes les femmes venant pour accoucher se présentaient, se pressaient à la deuxième clinique, et, si elles étaient dirigées vers la première, les malheureuses suppliaient qu'on les laissât partir, car elles savaient que dans la première clinique elles étaient exposées à une mort presque certaine, et imploraient à genoux pour n'y pas entrer. Semmelweis était constamment témoin de ces scènes déchirantes. Le glas de la sonnette agitée par le sacristain précédant le prêtre portant les derniers sacrements aux agonisantes, se répétant souvent plusieurs fois pendant le jour et pendant la nuit, lui était un véritable supplice. Sa souffrance détermina chez lui une véritable obsession, se traduisant par une observation incessante et inlassable.

Je ferai remarquer, à propos de ce glas, que si le lait fut incriminé à la Maternité de Paris, la sonnette fut considérée à la Maternité de Vienne comme cause de la fièvre puerpérale, en raison de l'émotion qu'elle produisait chez les accouchées!

Déjà, Semmelweis avait remarqué que les parturientes de la première clinique, chez lesquelles la période de dilatation avait été lente, succombaient presque toutes, tandis que chez les parturientes de la deuxième clinique la lenteur du travail restait sans gravité.

Souvent il avait constaté que les femmes accouchant dans la rue sans soins, et reçues ensuite dans la deuxième clinique, étaient rarement malades.

Aussi en était-il arrivé progressivement à incriminer les étudiants. Restait à savoir comment et pourquoi les étudiants portaient la mort avec eux.

Profondément malheureux parce qu'il ne pouvait parvenir à cette connaissance et dépister l'ennemi caché, Semmelweis, fatigué, obsédé, se vit dans la nécessité de quitter momentanément le milieu de douleur et de désespoir dans lequel il vivait.

Il partit pour Venise, le 2 mars 1847. En revenant le 20 mars, il apprit que son ami Kolletschka, professeur de médecine légale, venait de mourir. Kolletschka avait été blessé au doigt par le scalpel d'un étudiant, dans la salle de dissection ; une lymphangite et une phlébite se produisirent, et une infection générale, se traduisant par une pleurésie, une péricardite et une péritonite, entraîna rapidement la mort.

Frappé de l'analogie des lésions observées dans ce cas avec celles

qu'il avait rencontrées tant de fois à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale, Semmelweis en conclut qu'il devait y avoir une cause identique dans les deux cas. Alors la lumière se fait dans son esprit. Ce n'était pas le scalpel qui avait tué son ami, mais bien les parcelles cadavériques dont il était souillé ; de même que les doigts des professeurs, assistants ou élèves venant des salles d'autopsie, doigts souillés de parcelles cadavériques, comme le prouvait l'odeur qui s'en dégageait malgré les lavages portaient, en pratiquant le toucher explorateur là où des plaies sont constantes, l'infection chez les femmes en travail. L'ennemi était trouvé ; c'était LE DOIGT DES ÉTUDIANTS !

Dès lors, il pensa qu'il fallait détruire ces éléments sur la main exploratrice, afin d'empêcher la production de la maladie chez les accouchées.

Aussi, vers le milieu de mai 1847, il prescrivit aux étudiants de se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux. Brusquement, la mortalité tomba de 12 à 3 p. 100.

Continuant ses observations, il fut bientôt convaincu que le « poison cadavérique » n'est pas le seul élément pathogène pouvant atteindre la femme en travail, mais bien aussi *toute substance organique en voie de décomposition* et, au premier chef, LES SÉCRÉTIONS SANIEUSES DES ORGANISMES VIVANTS MALADES.

Il exigea alors que, *dans tous les cas*, et non plus seulement au sortir de l'amphithéâtre, les mains des personnes procédant à un accouchement fussent désinfectées ; de plus, il voulut que cette désinfection fût étendue *aux instruments*, au *matériel de pansement*, et enfin il fit séparer les *femmes malades* des *femmes saines*. A la suite de ces nouvelles mesures, la mortalité par fièvre puerpérale tomba pendant l'année 1848 à 1,24 p. 100, et celle des nouveau-nés également de 6 à 4 p. 100.

Messieurs, voilà ce que vit et ce que fit Semmelweis à la Maternité de Vienne.

S'appuyant sur l'ensemble de ces données, il eut la conviction qu'il avait trouvé la solution tant cherchée du problème étiologique.

Il s'expliquait tout, alors. Les résultats constatés dans la deuxième clinique étaient dus à *la rareté des explorations pratiquées pendant le travail.*

Dès ce moment, il fit connaître ses idées à ses collègues, à ses maîtres, à ses amis et à un certain nombre d'accoucheurs les plus en

évidence, à l'étranger, en les invitant à essayer les lotions chlorurées et en les priant de lui en faire connaître les résultats.

Comment ses idées furent-elles accueillies? Je vais vous le dire. Voyons ce qui se passa d'abord à Vienne.

Son chef, le professeur Klein, spécialiste de peu d'importance, dit Puschmann, ayant dû sa situation plutôt aux agréments de sa personne qu'à ses titres scientifiques, blessé dans sa vanité, jaloux, disposé à diminuer toujours les mérites des autres, va poursuivre désormais de sa haine son assistant.

Malgré Haller, médecin en chef et directeur provisoire de l'hôpital général de Vienne, et malgré Skoda, qui, frappés des résultats obtenus par Semmelweis, demandaient « de soumettre à une expérience décisive une découverte d'une si grande importance scientifique », malgré la majorité de l'assemblée des professeurs demandant la nomination d'une commission, rien ne fut fait, Klein ayant adressé une protestation au ministre, qui décida que la commission ne fonctionnerait pas.

Les deux années pendant lesquelles avaient duré ses fonctions d'assistant à la clinique étant écoulées, il était d'usage d'en obtenir la prolongation. Cette faveur lui fut refusée, et il cessa ses fonctions le 20 mars 1849.

Il adressa une pétition pour être nommé *privatdocent d'accouchements* : elle resta sans réponse.

En apprenant ces choses, on comprend que Bruck se soit exprimé ainsi : « On ne peut juger avec assez de sévérité la conduite qu'on tint à Vienne à l'égard de Semmelweis, mais c'est envers le professeur Klein qu'on doit être le plus sévère, car jamais il n'a cessé d'agir contre son ancien assistant », et que Varnier, dans son beau livre « *la Pratique des accouchements. Obstétrique journalière* », ait stigmatisé en ces termes le professeur de la première clinique d'accouchements de Vienne : « Ce sera l'éternelle honte du professeur Klein d'avoir arrêté l'essor de Semmelweis et reculé ainsi de vingt ans au moins l'un des plus grands progrès de ce siècle ».

Mais Klein ne fut pas le seul. Kiwisch, l'accoucheur le plus en renom à cette époque, qui fit deux fois le voyage de Prague à Vienne afin d'étudier la question sur place, se montra aveuglément obstiné et hostile aux découvertes de Semmelweis. Un seul accoucheur, Michaelis, entrevit les conséquences de cette découverte si considérable. Plus il en avait

apprécié la portée, plus il fut convaincu, si bien qu'il pensa avoir causé la mort d'une de ses cousines en l'accouchant peu après avoir fait l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale. Cette sinistre pensée entraîna chez lui une profonde mélancolie, et dans son désespoir il se jeta sous les roues d'un train en marche et fut broyé !

Profondément malheureux par cet accueil généralement hostile, aigri, Semmelweis quitta Vienne et rentra à Budapest, ville natale de son père. Là il fut nommé, en mai 1851, médecin en chef honoraire, sans traitement, de la Maternité de Saint-Roch, où on ne recevait de parturientes que pendant les deux mois de vacances. Pendant les six années que durèrent ces fonctions bimensuelles, il ne perdit que 8 femmes de fièvre puerpérale sur 933 accouchées, soit 0,85 p. 100.

En juillet 1858, après la mort de Birly, il est nommé par ses collègues, à l'unanimité, professeur d'obstétrique théorique et pratique de l'Université de Pesth. En 1860, il publie dans son journal un article étendu sur la *différence entre les idées des Anglais et les siennes sur l'étiologie de la fièvre puerpérale*, et en 1861 son livre, où se trouve l'exposé complet de sa doctrine et tout son plaidoyer : *l'Étiologie de la fièvre puerpérale, son essence et sa prophylaxie.*

J'en extrais ces lignes, qui témoignent d'une façon poignante les sentiments de Semmelweis :

« C'est l'indignation qui inspire ma plume; je croirais commettre un crime si je me taisais plus longtemps et si je ne publiais pas les résultats de mon expérience. J'ai l'intime conviction que, depuis 1847, des milliers de femmes et d'enfants sont morts qui seraient encore en vie si je n'avais gardé le silence et si j'avais combattu toutes les erreurs commises sur la fièvre puerpérale... On devrait penser que, pour le médecin, le but est de sauver la vie humaine. L'expérience nous a appris que, dans les amphithéâtres cliniques, on n'entend que des philippiques contre ma doctrine ; de cette façon, on crée de nouvelles générations de praticiens *infecteurs*, et on ne peut prévoir quand cela cessera...

« Ce ne sont pas mes sentiments qui sont en question, mais la vie de ceux qui ne prennent point part à la lutte. Ma consolation est dans la conviction d'avoir fondé une doctrine sur la vérité. »

Se voyant de plus en plus méconnu et mal jugé, il adresse deux lettres publiques à Spœth, à Scanzoni, à Siebold et à *tous les professeurs d'obstétricie*. C'est, dit le professeur F.-J. Herrgott, le cri de désespoir du philanthrope !

L'excitation de son esprit revêtit subitement un caractère maladif grave, qui le fit interner dans une maison d'aliénés à Vienne. Quelques jours avant, il s'était piqué le médius en pratiquant l'autopsie d'un nouveau-né, et il mourut le 14 août 1865, à quarante-six ans, de *pyoémie!*

Voyons maintenant comment fut accueillie en France la découverte de Semmelweis.

Le 20 avril 1849, la *Gazette médicale de Strasbourg* publiait un article de tête intitulé : **Des moyens prophylactiques mis en usage au grand hôpital de Vienne contre l'apparition de la fièvre puerpérale**, *notice communiquée* par M. F. WIEGER, CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Cet article commence ainsi : « Le docteur Semmelweis, accoucheur en second (assistenzartz) de la première clinique obstétricale de Vienne, est parvenu, il y a bientôt deux ans, à faire diminuer d'une manière surprenante la mortalité qui régnait dans son service...

« Témoin oculaire, et convaincu que chaque jour de retard fait des victimes dont la mort aurait pu être évitée, je n'ai si longtemps hésité à publier cette notice que parce que j'espérais de voir une plume ayant plus d'autorité que la mienne, se charger de ce soin; cet espoir fut déçu; seule, l'*Union médicale* publia un petit article, qu'elle a sans doute voulu frapper d'avance de stérilité en le rangeant dans la rubrique des anecdotes douteuses.

« Voici maintenant le précepte dont l'application a donné les succès signalés : *Défense de procéder à l'exploration vaginale avant d'avoir lavé la main dans un liquide capable d'enlever ou de détruire les substances qui peuvent imprégner l'épiderme ou y adhérer. Dans le principe, on faisait laver les mains dans une solution très étendue de potasse caustique, puis dans de l'eau acidulée; cette manière de faire eut tout l'effet voulu, mais elle fut remplacée avec avantage par des lotions dans de l'eau saturée de chlorure de chaux, lesquelles altèrent moins l'épiderme. Il importe, avant tout, de nettoyer au moyen d'une brosse et avec un soin minutieux, l'ongle et les sillons épidermiques qui le circonscrivent.* Tel est tout le secret. »

« Aujourd'hui, je suis en mesure de fonder mes assertions sur les données statistiques suivantes :

TABLEAU DE LA MORTALITÉ QUI A RÉGNÉ A LA PREMIÈRE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE VIENNE PENDANT LES NEUF DERNIÈRES ANNÉES

ANNÉES	NOMBRE des accouchements	NOMBRE DES DÉCÈS	
		par an	sur 100 accouchements
1840	2.810	267	9,50
1841	2.845	238	8,44
1842	3.067	521	16,98
1843	2.871	274	9,57
1844	2.918	260	8,91
1845	3.255	241	8,40
1846	3.354	459	13,68
1847	3.375	176	5,21
1848	3.526	45	1,27

Il est impossible d'être plus précis, plus clair et plus net.

Sur la sollicitation de M. Wieger, Semmelweis adressa une note à l'*Académie des sciences*. Cette note n'arriva pas à la connaissance du public médical et Semmelweis ne reçut jamais de réponse.

Le 7 janvier 1854, M. Arneth, ancien chef de clinique de la Maternité de Vienne, communiqua, à l'*Académie de médecine de Paris*, une note *sur le moyen préparé et employé par Semmelweis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales à l'hospice de la Maternité de Vienne.*

Cette note fut renvoyée à une commission composée de MM. Ricord, Danyau et Moreau. Jamais le rapport n'a été fait.

La communication de M. Arneth fut publiée *in extenso* dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XLV.

Les accoucheurs français pouvaient donc connaître, de cette façon, les travaux et la découverte de Semmelweis. Qu'ont-ils pensé ? Qu'ont-ils fait ?

Lisez la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, en 1858, discussion qui fut qualifiée de *mémorable*, discussion qui dura pendant dix-huit séances, discussion à laquelle prirent part dix-huit académiciens, parmi lesquels tous les membres de la section d'accouchements, ou plus tôt non, ne la lisez pas ! Vous n'y verriez que des incohérences, des aveuglements, des ignorances, pour ne pas dire plus. Jetons un voile, et disons comme Hamlet à Polonius : « des mots, des mots, des mots ! » Cette discussion, cependant, se termina par cette conclusion, mais bien menaçante pour vous : il faut supprimer les Maternités.

C'est le moment où, en France, un ancien interne de la Maternité,

Tarnier, démontre contre tous la *contagion de la fièvre puerpérale.*

Lui aussi s'est révolté contre le fatalisme de ses maîtres en face des désastres qu'il constatait. Lui aussi s'est révolté contre l'inertie de ceux qui, énumérant les centaines de leurs victimes, se consolaient en « se souvenant qu'ils avaient vu leurs maîtres aussi malheureux qu'eux ». Lui aussi eut la tristesse de voir ses idées méconnues et non appliquées pendant près de quinze ans. Ce n'est qu'à partir de 1870 que Tarnier, accoucheur de la Maternité, applique ses principes et fait tomber la mortalité dans les proportions qu'indiquent ces chiffres :

MORTALITÉ A LA MATERNITÉ DE PARIS

Années 1858 *à* 1869

	Mortalité
Période d'inaction, période endémique.	9,31 p. 100

Années 1870 *à* 1880

Période de lutte contre la contagion.	2,32 p. 100

Mais alors l'étoile polaire se lève, Pasteur apparaît. En Angleterre, Lister, qui avait été l'élève de Simpson, qui, par lui, avait eu connaissance des travaux de Semmelweis, disait dans son discours d'ouverture en 1869 : « La théorie des germes est l'étoile polaire qui doit nous conduire sûrement dans une navigation qui, sans elle, serait désespérément difficile. »

Lucas-Championnière, témoin des succès de Lister, rapporte et fait connaître en France la puissante et bienfaisante méthode. La *marche à l'étoile* est triomphante. Lisez ce superbe chapitre dans le livre de Varnier, et vous serez documenté sur cette marche évolutive.

Ah ! certes, mon admiration pour Pasteur est sans bornes, j'ai une infinie reconnaissance pour Lister, les noms de Doléris, Chauveau et Arloing ne devront jamais être oubliés, les travaux de Fernand Widal, en faisant connaître le plus commun de nos ennemis, firent époque, mais il faut reconnaître que Semmelweis avait, par sa découverte, *le premier déchiré le voile qui obscurcissait tout avant lui, et mis entre les mains des médecins les moyens prophylactiques qui sont, en somme et en réalité, ceux employés par nous tous aujourd'hui.*

Les médecins de tous les pays ne devront jamais oublier que Semmelweis a dit : « N'APPORTEZ AUCUNE MATIÈRE CORROMPUE DANS L'ORGANISME ET ÉLOIGNEZ-EN CELLES QUI S'Y TROUVERAIENT AVANT LEUR RÉSORPTION », et de plus, comme le dit justement Widal, indiqué du premier

coup les moyens prophylactiques à prendre avec une précision telle que l'antisepsie moderne n'a rien eu à ajouter aux règles posées par lui.

La Hongrie peut être fière !

Mais il ne nous suffit pas de partager l'admiration et la reconnaissance des Hongrois pour leur compatriote, dont le nom est désormais immortel ; il nous faut dégager de l'histoire de la vie de Semmelweis les principaux enseignements qu'elle comporte, car combien suggestive est cette histoire !

Vous n'oublierez jamais les remarques et les constatations de Semmelweis sur LE RÔLE DU DOIGT EXPLORATEUR. Vous aurez toujours présente à l'esprit cette notion, que la moindre infraction à l'antisepsie de vos doigts peut causer la mort. Aussi, non seulement vous rendrez vos doigts aseptiques, mais vous ne les emploierez que quand cela sera nécessaire.

Pour graver à tout jamais cette notion dans votre esprit, j'ai prié une sage-femme, Mme Dabrigeon, sage-femme âgée de 85 ans, agréée des hôpitaux depuis 1870 de venir ce matin dans mon amphithéâtre. Elle reçut chez elle, de 1870 à 1903, 5.278 femmes qui lui furent envoyées de la Maternité. *Elle n'en perdit aucune.*

Je l'interroge devant vous, et elle avoue *n'en avoir jamais touché aucune.*

Certes, je reconnais, je proclame que le toucher est nécessaire, mais il ne doit être pratiqué qu'à bon escient. Vous vous rappellerez que c'est en obéissant rigoureusement à ces préceptes, que nous sommes arrivés à obtenir dans les Maternités, si longtemps accusées à juste titre, les résultats que je suis heureux de vous montrer dans ce tableau et qui sont obtenus dans ma clinique où le nombre des étudiants pratiquant chaque jour est considérable.

L'histoire de la vie de Semmelweis nous montre une fois de plus l'influence néfaste des dogmes, en médecine comme partout, et la puissance si souvent rétrograde de l'esprit scholastique.

Elle nous montre également que l'observation en médecine domine tout et qu'elle commande à l'expérimentation. C'est l'observation qui a guidé Semmelweis, et l'observation seule. Sa découverte n'a pas été le résultat d'un heureux hasard.

Mais combien il m'est doux de constater devant vous que le moteur

TABLEAU DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE, DEPUIS LE 1er JANVIER 1890 JUSQU'AU 1er JANVIER 1906

ANNÉES	FEMMES			MORTALITÉ		
	Accouchées dans le service	Accouch. chez les sages-femmes agréées	TOTAL	TOTALE	Par septicémie	Pourcentage de la mortalité par septicémie.
1890	1244	....	1244	9	4	0,32 p. 100
1891	1654	....	1654	20	8	0,36 —
1892	1834	....	1834	8	5	0,27 —
1893	1920	....	1920	14	8	0,42 —
1894	2139	....	2139	9	4	0,18 —
1895	2080	....	2080	12	5	0,24 —
1896	2270	....	2270	12	5	0,22 —
1897	2314	....	2314	11	5	0,21 —
1898	2305	....	2305	24	6	0,26 —
1899	2506	127	2633	11	5	0,18 —
1900	2442	388	2830	10	5	0,17 —
1901	2229	547	2776	17	6	0,21 —
1902	2015	652	2667	7	4	0,14 —
1903	2075	719	2794	4	1	0,03 —
1904	1852	926	2778	6	2	0,07 —
1905	1897	1061	2958	11	4	0,13 —

qui conduisit Semmelweis était d'essence altruiste. Chez Semmelweis comme chez Tarnier, c'est l'altruisme qui rendit l'observation si intense et les conduisit là où ils devaient trouver la vérité. Ah ! soyez altruistes ! J'ai écrit quelque part que tout jeune homme n'ayant en vue que la fortune ou les honneurs, ne devait pas faire de médecine. Je suis chaque jour plus convaincu que j'avais raison en écrivant cela. Je ne dis pas que vous ferez des découvertes comme Semmelweis, mais quelle que soit votre situation, quels que soient vos titres, vous n'aurez jamais de satisfaction plus grande, vous n'éprouverez jamais autant de joie que quand vous aurez fait vos efforts pour atténuer ou guérir les souffrances des autres. Et cela est à la portée de tous.

Quoi qu'il en soit, j'espère que maintenant vous comprenez pourquoi, au début de cette leçon, je vous ai dit que le nom de Semmelweis devait être placé au premier rang parmi ceux des bienfaiteurs de l'humanité.

SUR LA COLPOHYSTÉRECTOMIE TOTALE

Par MM. **LÉON IMBERT**, professeur à l'École de médecine,
et **E. PIÉRI**, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

La précocité de l'intervention, plus encore que les opérations larges, doit conduire à la guérison du cancer. Malheureusement, pour ce qui est du cancer de l'utérus, soit évolution rapide du mal, soit minutie des symptômes initiaux, les malades viennent souvent au chirurgien lorsque les lésions sont déjà assez avancées. Autrefois, on appliquait à ces cas le seul traitement palliatif; puis, le progrès aidant, la technique se perfectionnant, on élargit le cadre des indications opératoires et on s'attacha à trouver des procédés d'extirpation adéquats au mal. De l'étude du cancer d'autres régions ou d'autres organes se dégagea la nécessité de faire des ablations larges et de poursuivre l'infection ganglionnaire.

C'est de ce côté surtout que paraît s'être porté l'effort des gynécologues, ces dernières années ; témoin les communications de Jonnesco, de Wertheim, etc., au congrès de gynécologie de 1902. Ces procédés d'évidement pelvien, visant l'ablation des lymphatiques et ganglions régionaux sont excellents en principe ; ils s'appuient sur une loi de pathologie générale : la propagation du cancer par les lymphatiques. Toutefois, il est avéré que l'infection ganglionnaire, dans les cancers utérins, n'est pas chose constante, lors même de lésions avancées. D'autre part, il existe une discordance fréquente entre ces données théoriques et les faits pratiques : la récidive se produit moins dans les ganglions que dans la cicatrice. En somme, il faut tenir plus grand compte de l'extension locale aux culs-de-sacs vaginaux, à la base de la vessie, aux ligaments larges ; car vraisemblablement la récidive est due, soit à des greffes opératoires, soit à l'ablation incomplète des organes atteints — vagin en particulier — même quand la section porte en tissu sain en apparence.

Ces considérations nous avaient conduits à la conception d'un procédé qui aurait enlevé en bloc vagin, utérus et annexes ; c'est la colpohystérectomie vagino-abdominale, dont nous avons donné les grandes lignes à la Société de chirurgie de Paris et à celle de Marseille (1).

(1) *Bulletins de la Société de Chir.* Paris, 1905, p. 925, et *Soc. de Chir. de Marseille*, juillet 1906 (C. R. *in Revue de Chir.*, 1906).

Avant de décrire le manuel opératoire, quelques détails anatomiques sur les moyens de fixité et l'irrigation du vagin méritent d'être rappelés.

Supposons faits les premiers temps d'une hystérectomie abdominale : section des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments ronds ; collerette antérieure et postérieure. Le conduit utéro-vaginal est totalement libéré en avant et en arrière ; mais on ne parvient pas à l'attirer hors du petit bassin, car il est solidement fixé sur les côtés ; une dissection minutieuse montre que les bords du vagin sont retenus, en allant de haut en bas, par :

1° Un bouquet de vaisseaux :

Branches longues vaginales venues de la crosse utérine ;

Artère vaginale, branche de l'hypogastrique ;

Branches de l'hémorrhoïdale moyenne ;

Veines collectrices vésico-vaginales.

Quittant leur tronc d'origine en un point à peu près symétrique, ces différentes branches se dirigent vers les bords du vagin en s'étalant à la façon d'un éventail, de sorte que l'ensemble forme un triangle à base vaginale et à sommet regardant la paroi de l'excavation pelvienne. Si nous ajoutons que chaque branche est accompagnée par un prolongement de la gaine hypogastrique et recouverte en totalité par l'aponévrose cache-vaisseaux, on comprendra la contribution qu'apporte à la fixité du vagin ce pédicule vasculaire.

2° L'aponévrose périnéale supérieure.

3° Le muscle releveur de l'anus : ce dernier se borne à prendre contact avec le vagin ; les quelques fibres qui se perdent dans la gaine celluleuse du vagin ne constituent pas de solides adhérences ;

4° L'insertion périnéale et vulvaire.

L'obstacle à la libération du vagin vient du bouquet vasculaire, et de fait, la section de ces brides latérales étant effectuée, le vagin se laisse attirer facilement. Il ne tient plus alors que par sa continuité avec les téguments de la vulve et du périnée et, en avant, par sa fusion avec une partie de l'urèthre. Par l'abdomen on ne peut aller plus loin et la désinsertion de l'orifice inférieur du vagin doit se faire par la voie basse.

L'extirpation utéro-vaginale est donc anatomiquement possible. Voici maintenant les différents temps du manuel opératoire :

1° *Soins pré-opératoires.* — Après lavage soigné de la paroi abdominale, celle-ci est protégée par un champ opératoire recouvert de taffetas

gommé. Puis évacuation de la vessie et asepsie soignée de la vulve et du vagin ; ce dernier est finalement bien asséché.

2° *Temps vaginal.* — Ce temps doit être fait à mains gantées et peut être effectué de deux manières :

a) Incision circonscrivant l'orifice vulvaire ; dissection d'un manchon muqueux sur une étendue de 4 centimètres environ. Cette dissection doit être poussée surtout en avant, de façon à bien décoller le vagin des deux tiers antérieurs de l'urèthre.

A ce moment une suture en bourse oblitère le manchon disséqué. Ce moignon est refoulé du côté du pelvis à l'aide d'une gaze-tampon qui modère le suintement sanguin ; par-dessous le tampon, les parties cruentées sont adossées par un plan de suture et la vulve est ainsi fermée. La première suture évite l'écoulement de sécrétions utérines ou vaginales ; la seconde empêche toute contamination ascendante pendant le temps abdominal.

Pansement sur la vulve.

b) Incision périnéo-vulvaire ; désinsertion de la partie basse du vagin en suivant les espaces décollables en avant et en arrière et s'arrêtant aux culs-de-sac péritonéaux. Suture de l'orifice inférieur du vagin, puis section en étages des pédicules vaginaux avec hémostase préventive. Enfin suture de la vulve. Cette manière de faire est celle de Duval (1).

3° *Temps abdominal.* — On se débarrasse des gants et on renouvelle le brossage des mains. La malade est mise en Trendelenburg.

Laparotomie médiane.

Section des ligaments larges. — Ligature successive et section des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments ronds, amorce de la collerette péritonéale ante et rétro-utérine.

Ligature des hypogastriques. — Au droit de chaque symphyse sacro-iliaque et sur la ligne innominée, incision du péritoine, isolement et ligature de chaque tronc. Malgré la contiguïté de l'hypogastrique et de l'uretère, l'erreur n'est guère possible ; celle-là, outre ses battements caractéristiques, a une direction plus oblique en bas et en avant, et laisse l'uretère légèrement en dedans. Cette ligature est très facilitée par la position fortement déclive de la malade ; les anses intestinales tombent dans la concavité diaphragmatique et laissent à découvert la région opératoire.

---

(1) Duval, Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale. *Bull. Soc. Chir.*, juin 1906.

Section des utérines. — Cette section se fait au niveau de la crosse. Le décollement de la vessie est poussé aussi loin que possible, de façon à écarter les uretères du point où va porter la section.

Section des pédicules vaginaux. — C'est le temps capital ; l'utérus, saisi avec une pince à griffes, est attiré en haut. Le vagin s'aplatit et ses bords sont perçus sous forme de bourrelets longitudinaux; ils sont reliés aux parois de l'excavation par une espèce de sangle ; on glisse de chaque côté une pince-languette, en dedans de laquelle les ciseaux sectionnent le bouquet vasculaire. La main qui tire sur l'utérus a la sensation d'un obstacle vaincu ; quelques coups de compresses achèvent le décollement jusqu'au point où l'avait laissé le temps vaginal. Le conduit utéro-vaginal, entièrement libéré, est enlevé d'un seul tenant et sous forme de cavité close.

On retire la gaze-tampon qui avait été placée pendant le temps vaginal. Ligatures des vaisseaux forcipressés et toilette du pelvis.

Péritonisation.

Fermeture de la paroi à trois plans, après avoir placé un gros drain.

Tel est le procédé. Après l'avoir expérimenté nombre de fois à l'amphithéâtre, nous l'avons appliqué chez trois malades ; nous avons eu une mort et deux guérisons. Notre ami Pauchet nous a dit l'avoir employé une fois avec succès.

Quelles sont les défectuosités du procédé ?

L'anomalie de porter les mains sur une région d'asepsie toujours aléatoire, avant d'ouvrir le péritoine, est négligeable si l'on use de gants imperméables.

La gravité au point de vue mutilation ne nous paraît pas devoir être retenue ; elle est certainement moindre que celle de l'évidement pelvien de Jonnesco ou de la colpohystérectomie para-vaginale de Delbet.

Les avantages, par contre, sont multiples : c'est d'abord une exérèse large des tissus où la récidive s'est montrée être la plus fréquente ; on se rapproche donc des conditions qui doivent assurer une longue survie à la malade, sinon une guérison définitive. C'est ensuite l'étanchéité du bloc utéro-vaginal à tous les instants de l'acte opératoire. Au point de vue de l'asepsie pure, les restrictions de Faure perdent de leur valeur si l'on a soin de fermer le manchon vaginal dès que la collerette est amorcée. D'autre part, la possibilité de greffes cancéreuses est réduite au minimum, et nous partageons sur ce point l'avis de Quénu, Hartmann, Montprofit. Enfin nous pensons que ce procédé recule les limites de

l'opérabilité de certains cas. Et cela nous amène à parler des indications opératoires.

La première fois que nous avons employé ce procédé — incomplètement il est vrai — ce fut sur une malade atteinte de cancer du col avec large greffe vaginale. Duval intervint de même pour un épithélioma développé sur la cicatrice vaginale d'une hystérectomie totale pour annexites. Or, jusqu'ici, on avait tendance à considérer comme contre-indication à l'opération radicale l'envahissement des culs-de-sac du vagin. Ces cas pourront à l'avenir être abordés avec chances de succès. Toutefois, hâtons-nous de dire que le procédé ne peut viser que les lésions étendues en surface; lorsque la propagation s'est faite en profondeur, que le toucher révèle un épaississement marqué de la cloison vésico-vaginale ou de l'infiltration du paramétrium se traduisant par une diminution de la mobilité ultérine, nous pensons, avec la majorité des auteurs, qu'il est sage de s'abstenir.

En résumé, notre procédé doit s'appliquer :

1° Aux cancers limités au col de l'utérus ;

2° Aux cancers du col ayant envahi légèrement les culs-de-sac vaginaux.

La modification de Duval au temps périnéal paraît convenir davantage :

1° Aux cancers primitifs du vagin ;

2° Aux propagations étendues du côté de la rigole péri-cervicale.

Et cela à cause de l'exérèse plus large et de la facilité plus grande que donne pour le temps abdominal la section première des pédicules vaginaux.

Pas plus qu'un autre, ce procédé n'a la prétention de résoudre toutes les difficultés. Récidives par exérèse insuffisante, récidives par greffes, voilà l'écueil à éviter quand il s'agit de cancer; rationnellement la colpohystérectomie vagino-abdominale paraît donner les plus grandes garanties. Les observations sont, jusqu'ici, peu nombreuses et trop récentes pour qu'on en puisse juger. Il faut attendre la sanction du temps.

L'OPÉRATION DE MÜLLER POUR PROLAPSUS OU COLPECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION DE L'UTÉRUS

Par le docteur **M. SAVARIAUD**, chirurgien des hôpitaux de Paris, assistant du docteur Reynier à l'hôpital Lariboisière.

Le professeur Müller (de Berne) a fait connaître son opération à une réunion de la *Deutsche Naturforsch. Gesellschaft*, en 1896, il y a par conséquent une dizaine d'années. Les résultats de sa méthode ont été exposés par ses élèves Wormser, Biehly (thèse de Berne, 1902) et König. Son opération a été adoptée par plusieurs gynécologues étrangers, entre autres le professeur Freund qui en a publié 3 cas, Bumm, Stocker, Brose, Von Erlach et Jentzer (de Genève) qui a inspiré sa thèse à Mlle Krukowa.

En France, personne n'a pratiqué, à ma connaissance, cette opération séduisante. Ayant lu une analyse de la thèse de Krukowa dans la *Revue de gynécologie* du professeur Pozzi, à cette opération je résolus d'avoir recours dans le premier cas qui m'en paraîtrait justiciable. L'occasion ne tarda pas à se présenter et, au mois de janvier 1906, je communiquai à la Société anatomique de Paris le résultat de ma première opération. A quelque temps de là, j'eus encore l'occasion d'en pratiquer une seconde, dans laquelle, il est vrai, je crus devoir ajouter à la colpectomie totale une amputation élevée du col et une colpo-périnéorrhaphie postérieure. Dernièrement, j'ai revu mes deux opérées, et j'ai pu me convaincre que le résultat était excellent. J'eus la surprise, toutefois, de constater qu'il s'était reformé, chez ces deux malades, une nouvelle cavité vaginale, malgré une résection aussi étendue que possible du vagin. Ce résultat inattendu ne détruisit point, bien au contraire, la bonne opinion que j'avais de cette opération, de sorte que ma conclusion est d'ores et déjà que l'opération de Müller est simple, bénigne, efficace et mérite de passer dans la pratique.

Son but. — L'opération de Müller a pour but d'occlure le vagin au-dessus de la vulve et de fermer par en bas le périnée. Elle remplace la cavité vaginale par une colonne cicatricielle qui supportera l'utérus

et l'empêchera de descendre. Elle consiste en une résection totale ou presque totale de la muqueuse vaginale, suivie d'une colomnisation de la surface cruentée et d'une suture de la collerette vaginale restante. Dans cette opération, on ne s'occupe pas de l'utérus, qui est simplement refoulé et qui s'atrophie dans la suite, ainsi que l'a appris l'expérience.

Indications. Contre-indications. — Cette opération est contre-indiquée chez les femmes qui ont encore leurs règles; un écoulement métritique peu abondant n'est point une contre-indication suffisante, si on fait précéder l'opération d'un curettage et d'une cautérisation de la muqueuse utérine. L'opération serait également contre-indiquée chez les femmes qui n'ont point renoncé aux relations conjugales, le vagin se trouvant réduit, après l'opération, à un cul-de-sac de quelques centimètres. Toutefois, d'après le résultat que j'ai observé dans mes deux cas, la copulation resterait parfaitement possible.

En conséquence, l'opération est indiquée chez les femmes âgées qui ont cessé d'avoir leurs règles, sans aucune restriction.

Manuel opératoire. — L'utérus étant attiré fortement au dehors et le vagin étant aussi complètement éversé que possible, on trace au ras de la vulve, c'est-à-dire à 1 centimètre et demi au-dessous du sillon peu profond qui marque l'insertion du vagin au périnée, une incision circulaire qui passe en avant à 1 centimètre au-dessous du méat uréthral. Cette incision est faite au bistouri presque complètement d'un seul trait, comme pour l'amputation d'un membre. La muqueuse étant bien incisée, les lèvres de la section se rétractent, la lèvre inférieure est saisie avec des pinces et le prolapsus est rapidement dépouillé de sa muqueuse, comme un animal de sa peau. Cette dissection s'accomplit presque en totalité, sans le secours de l'instrument tranchant, et l'hémorragie est très modérée. Inutile de s'occuper de la vessie et du péritoine, du moment qu'on n'enlève que la muqueuse. Arrivé au niveau du col utérin, on le tranche plus ou moins haut suivant qu'il est plus ou moins malade. Hémostase.

Le premier temps est fini, il s'agit maintenant de colomniser le vagin par plusieurs étages de sutures. Dans mon premier cas, je me suis servi de sutures en bourse, que j'ai serrées après avoir refoulé l'utérus. Dans mon second, je me suis contenté de refouler l'utérus et de drainer l'espace mort qui résultait du dépouillement du vagin.

Le dernier temps consiste à suturer en fente longitudinale ce qui reste de muqueuse vaginale.

L'opération terminée, il reste un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur au-dessus de la fourchette. On tamponne mollement ce cul-de-sac.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont d'une simplicité extrême et, d'après Müller, les malades pourraient se lever le 4e ou le 5e jour, ce qui présente une grande importance pour les personnes âgées.

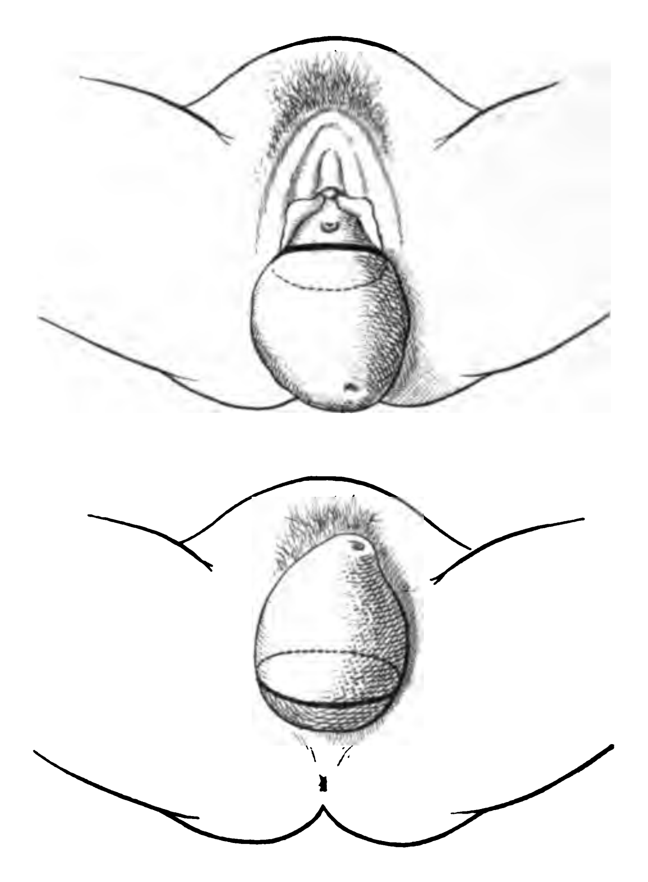


Fig. 1 et 2. — Section circulaire de la muqueuse vaginale.

Mortalité. — Sur une cinquantaine d'opérations, on n'a cité qu'un seul cas de mort par péritonite. Il s'agissait d'une malade atteinte de démence qu'on ne put empêcher d'arracher son pansement. Comme elle était en même temps atteinte de cystite, la plaie s'infecta et l'infection se propager au péritoine.

Récidives. — A part un cas concernant une femme atteinte en même temps d'*inversion utérine*, chez laquelle la plaie suppura, et chez

laquelle on dut intervenir à nouveau, dans aucun cas on n'a noté de récidive. Certaines de ces malades ont été revues 6 ans après l'opération.

Avantages. — En somme, l'opération n'offre guère que des avantages. La facilité est telle qu'on peut l'exécuter, d'après l'auteur, en 10 ou 15 minutes. L'anesthésie générale n'est pas nécessaire et l'infiltration par une solution de cocaïne suivant la méthode de Schleich est parfaitement suffisante. Une vieille femme opérée de cette façon ne se plaignit qu'au moment où on lui brossait le vagin.

L'auteur range encore, parmi les avantages, la possibilité de faire

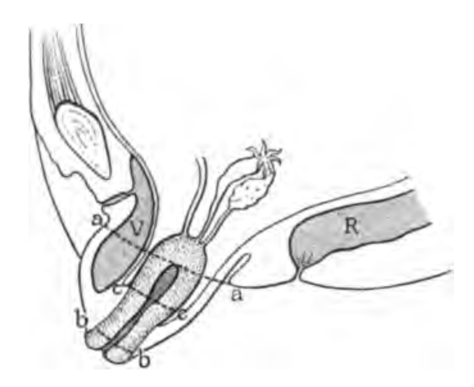


Fig. 3. — Coupe schématique montrant la hauteur des différentes sections.
aa, Section circulaire du vagin ; — *bb*, Section basse du col dans ma première opération ; — *cc*, Section élevée du col dans ma deuxième opération.

lever les malades au bout de quelques jours et l'*impossibilité* (?) de la récidive.

Critiques. — L'opération a l'inconvénient de supprimer le coït avec pénétration ; toutefois, nous verrons plus loin, par la lecture de nos observations, que cette règle souffre des exceptions heureuses. Quant à la possibilité de voir se produire une accumulation de sérosité ou de pus dans l'utérus, l'expérience a montré que c'était une crainte chimérique. Dans aucun cas on n'a observé de pyométrie.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Colpectomie totale pour prolapsus.* — Mme Brissot, 55 ans, veuve n'ayant jamais eu d'enfants, domestique, entre à Lariboisière, dans le service de M. le docteur Reynier, pour se faire opérer d'un prolapsus très gênant. Il s'agit d'une chute complète de l'utérus, qui pend entre les cuisses de la malade, dès que celle-ci se met debout. L'organe, d'ailleurs, est sain, plutôt petit et indolent ainsi que les annexes. A noter seulement une ulcération du museau de tanche, produite par les frottements continuels. La muqueuse du vagin est cutisée. La

malade ne souffre pas, mais elle est très gênée dans son travail et demande à être soulagée.

Le 22 janvier, je pratique sous chloroforme l'opération de Müller, c'est-à-dire la colpectomie totale avec conservation de l'utérus. Le col qui est très petit étant fixé avec des pinces et attiré fortement au dehors, je sectionne circulairement le vagin au ras de la vulve. Toute la partie inscrite dans la circonférence est disséquée jusqu'au museau de tanche. A ce niveau, l'adhérence de la muqueuse, d'une part, d'autre part l'ulcération de cette dernière me décident à trancher dans le muscle lui-même. J'excise ainsi quelques millimètres du museau de tanche. Hémorragie très modérée; 4 ou 5 catguts font l'hémostase.

La fermeture du vagin est faite de la façon suivante. D'abord, le vagin dépouillé de la muqueuse est colomnisé par 4 fils en bourse, qui affrontent ses parois cruentées après refoulement du col dans la profondeur. Ce temps de l'opération a pour but de transformer le vagin en une colonne fibreuse longue et mince et de faire disparaître l'espace mort qui résulte de son refoulement.

Le second temps consiste à réunir, sur la ligne médiane, les lèvres de l'incision circulaire du vagin, par un surjet continu au catgut.

L'opération a duré en tout 30 minutes. Les suites ont été des plus simples et l'opérée est sortie de l'hôpital au bout de 21 jours.

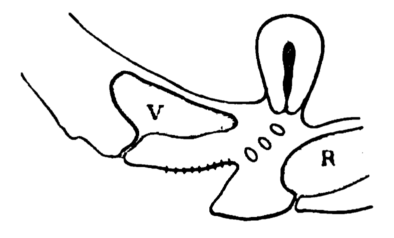


Fig. 4. — 1er cas. Résultat immédiat. Colpectomie seule.

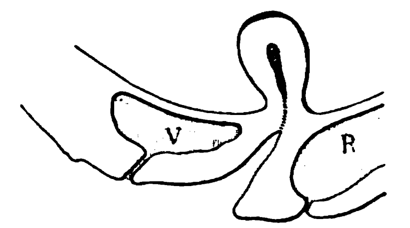


Fig. 5. — 1er cas. Résultat éloigné. Vulve béante. Vagin ample et profond admettant un spéculum ordinaire.

Revue le 16 juillet 1906. Interrogée, elle répond qu'elle va bien, mais qu'elle éprouve parfois une douleur sourde du côté gauche; elle ne peut dire, d'ailleurs, si cette douleur n'existait pas avant l'opération.

L'examen montre une vulve béante qui pendant l'effort mesure 3 centimètres et demi dans un sens et 2 centimètres dans l'autre. A travers cette vulve bombe légèrement la paroi vaginale antérieure sur laquelle on remarque une cicatrice. Cette cicatrice a un peu cédé en ce sens qu'elle n'est pas linéaire. Le vagin a sa longueur normale; il admet un spéculum ordinaire. Par le toucher et le palper combinés, il est facile de sentir un petit utérus. Du côté gauche, on arrive sur des annexes un peu grosses et un peu sensibles. C'est à ce niveau que la malade accuse sa douleur spontanée et intermittente. Cette douleur, je le répète, est peu intense et ne gêne pas sérieusement la malade.

Dans ma seconde observation je crus devoir compléter la colpectomie totale par une amputation élevée du col (à cause de la métrite) et par une colpo-périnéorraphie ordinaire, que je fis suivant le procédé d'Hégar avec cette seule différence que j'emploie, pour suturer les muscles périnéaux et les releveurs, une suture perdue. — Le résultat constaté quelques mois après s'est montré excellent, mais ici encore grande a été ma surprise en constatant, à la place du petit cul-de-sac qui existait après l'opération, un vagin très étroit sans doute (il était rétréci par la colpo-périnéorraphie), mais de longueur normale et capable de recevoir un spéculum de petit calibre.

Obs. II. — *Colpectomie totale avec amputation du col et colpo-périnéorraphie* — Mme Ingew..., 63 ans, domestique, séparée de son mari, m'est envoyée par le docteur Morin pour se faire opérer d'un prolapsus complet avec large ulcération du col. Elle présente aussi des signes de métrite, pertes blanches, métrorrhagies, douleurs dans les reins.

L'opération est faite le 30 avril 1906, sous chloroforme. Colpectomie totale, en ne conservant qu'une collerette de 1 à 2 centimètres du vagin, juste suffisante pour la suture. Amputation élevée du col qui est hypertrophié et atteint de métrite. Le corps a à peine le volume d'une noix, il est donc très atrophié. Fermeture par 2 points de la cavité corporelle, qui est saine. Colporraphie dans le sens longitudinal.

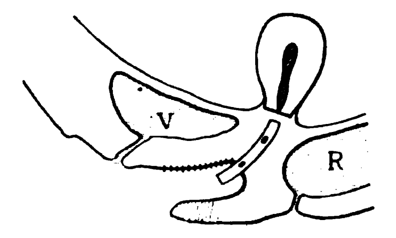


Fig. 6. — 2e cas. Opérations combinées. Résultat immédiat.

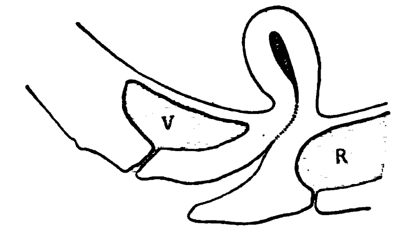


Fig. 7. — 2e cas. Résultat définitif. Vulve étroite. Périnée résistant. Vagin profond admettant un *speculum virginis*.

Le périnée étant fortement endommagé, on complète l'opération par une colpo-périnéorraphie postérieure (résection d'un petit triangle de paroi vaginale postérieure et suture par deux points profonds de muscles et bulbes périnéaux).

Revue le 13 juillet, elle se trouve en parfait état. Les symptômes de métrite ont complètement disparu. Localement, la vulve est étroite, n'admet même pas deux doigts. Le périnée est haut de 4 centimètres, formé de parties fibreuses et musculaires. Le vagin a la longueur de l'index, il se termine par un cul-de-sac étroit, au fond duquel il est impossible de sentir l'utérus, même en déprimant la paroi abdominale. L'introduction d'un spéculum de petit calibre est assez facile.

Le fond du vagin est occupé par une cicatrice qui se laisse facilement excorier. Quand la malade fait un effort, les cuisses écartées, le périnée bombe en masse, mais la vulve reste étroite et ses dimensions n'excèdent pas 2 centimètres du méat à la fourchette et 1 centimètre d'une lèvre à l'autre.

En résumé, à part l'allongement ultérieur du vagin, mes observations confirment ce qui a été dit de l'opération de Müller, au sujet de sa facilité, de sa bénignité et de sa valeur thérapeutique.

Sans doute quelques restrictions sont à faire. A moins d'une habileté qui ne s'acquiert que par une longue habitude, il ne faut pas compter exécuter cette opération dans l'espace de 10 à 15 minutes, ainsi que le dit l'auteur. Toutefois, sans me presser, j'ai pu, dans mon premier cas, la mener à bien en une demi-heure. Il est clair que tout complément opératoire, tel que colpo-périnéorraphie, en allongera considérablement la durée, mais je crois qu'il ne faut pas craindre d'allonger un peu l'acte opératoire si le résultat doit s'en ressentir, à condition naturellement que l'état général le permette. C'est pourquoi, à l'opération de Müller j'ajouterai, toutes les fois que cela sera possible, une colpo-périnéorraphie. Sans doute, ma première opérée (colpectomie seule), revue au bout de six mois, n'avait pas de récidive, mais chez elle la paroi vaginale bombait sous l'effort et la cicatrice était un peu distendue. Le résultat était bien meilleur chez la seconde, dont la vulve était très étroite et chez laquelle un périnée résistant soutenait la paroi vaginale.

Le seul point sur lequel je me sépare de Müller, c'est sur la suppression du vagin. On a vu que, dans mes deux cas, ce conduit avait récupéré sa longueur primitive. Comment de simple cul-de-sac était-il devenu un conduit de la longueur du doigt, capable, dans les deux cas, d'admettre un spéculum, c'est une chose que je ne saurais dire. J'ai tendance à l'attribuer aux pansements vaginaux et à la rétraction cicatricielle de la colonne vaginale. Mais comment se fait-il que le fait n'ait pas été signalé? En tout cas, loin de regretter ce résultat, je m'en félicite, puisque, sans diminuer en rien la valeur thérapeutique du procédé, j'ai conservé la possibilité du coït à mes opérées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wormser, *Monats. f. Geburtsch. und Gyn.*, Bd. VII, H. 4.
2. Freund, *Centralblatt f. Gyn.*, 1901, n° 13, p. 441.
3. Biehly, Thèse de Berne, 1902. *Gynecologia Helvetica*, 1903, p. 97.
4. Fellenberg, *Beitrage z. Geburtsch. u. Gyn. Hegar.*, 1902, vol. VI, 3.
5. König, *The Journal of obst. a. gyn. of the Brit. Emp.*, septembre 1903.
6. Krukowa, Th. Genève, 1903.

DE DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ AU COURS DE LA GROSSESSE

Par le docteur **JULES GASTON** (de Lyon).

Nombreux sont les auteurs qui se sont occupés des hémorragies internes survenant dans le cours de la grossesse, par suite d'un décollement du placenta normalement inséré.

Le premier en date, croyons-nous, est Mauriceau, qui, dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, relate un certain nombre d'observations d'hémorragies rétro-placentaires. Viennent ensuite Peu (1694) et Leroux (1776). Mais c'est surtout J.-L. Baudelocque qui aborde franchement la question dans son *Traité de l'art des accouchements*. « L'hémorragie qu'on désigne sous le nom de pertes, dit-il, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. »

Quelques années plus tard, nous voyons pourtant Mme Boivin et Mme Lachapelle nier l'existence de cette affection.

« Je ne puis admettre, nous dit Mme Lachapelle, la possibilité d'une hémorragie interne pendant la grossesse et d'une accumulation du sang entre le placenta et l'utérus. Les faits de ce genre, que les auteurs ont rapportés, ne sont pas concluants à mon avis, et la théorie du caillot lenticulaire, qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence, est évidemment de pure spéculation. Je ne puis croire que la matrice soit assez extensible pour se laisser amplifier aussi brusquement qu'on dit l'avoir vu, et moi-même je n'ai observé aucun cas analogue. »

En 1832, Baudelocque neveu fait paraître son *Traité des hémorragies internes*, et il nous rapporte une observation type d'hémorragie rétro-placentaire: Une jeune femme, enceinte de huit mois, ayant depuis plusieurs jours de fortes quintes de toux et une température assez élevée, est prise subitement de douleurs abdominales et tombe en syncope. On appelle de la Forterie, qui arrive après la mort et pratique

alors l'opération césarienne. « Ayant ouvert le fond de la matrice, nous dit Baudelocque, il en sortit un flot de sang noir, non coagulé, que l'on estime à trois chopines au moins, ce qui donna lieu de reconnaître un grand vide entre le placenta et le fond de la matrice ; alors, introduisant la main dans toute la circonférence de cette cavité, le chirurgien reconnut que les bords du placenta avaient conservé leurs adhérences naturelles avec l'utérus. Le fond de cet organe était sans rupture ; l'enfant vivait encore, mais il périt bientôt. Le vagin ne contenait aucune trace de sang, pas même de glaires rougeâtres ; l'orifice de la matrice paraissait peu dilaté. »

Après Baudelocque, Velpeau, Cazeaux, Jacquemier, Braxton-Hicks, Depaul, Pilat, Brunton observent des cas analogues et les signalent.

En 1878, Stolz nie pourtant encore l'existence de ces hémorragies rétro-placentaires. « On a parlé beaucoup d'hémorragies utérines internes, dans lesquelles le sang s'accumulerait entre la matrice et le placenta, en refoulant celui-ci en forme d'entonnoir. Ceci est de la théorie pure, que la pratique n'a plus confirmée depuis Baudelocque. »

Cette opinion est enfin définitivement laissée de côté depuis les observations de Winter, publiées avec planche à l'appui. Et, dès lors, bien des auteurs ont apporté leur contribution à l'étude du décollement placentaire ; nous voulons citer : Tarnier, Mme Henry, Pinard, Varnier, Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes.

I. — **Étiologie et Pathogénie.**

Nombreuses sont les causes invoquées par les auteurs comme pouvant produire le décollement du placenta normalement inséré. Les énumérer toutes serait, croyons-nous, un travail inutile, car il en est quelques-unes de bien insignifiantes. Aussi, à seule fin d'apporter plus de netteté dans la rédaction de ce chapitre, débuterons-nous par le relevé des cas que nous avons trouvés dans la thèse inaugurale d'Aschkanasy (Kōnisberg, 1905) et que nous présenterons au point de vue statistique.

Sur 100 cas observés par Aschkanasy à la clinique du professeur Winter, nous trouvons :

1° Albuminurie	33 cas.
2° Traumatisme	18 —
3° Endométrite	9 —
4° Goitre exophtalmique	3 —

5° Causes multiples . . . . 3 cas.
 1 cas. — Endométrite gonococcienne et traumatisme.
 1 cas. — Endométrite, brièveté anormale du cordon et traumatisme.
 1 cas. — Endométrite et brièveté anormale du cordon.
6° Hémophilie. . . . . 1 —
7° Causes inconnues. . . . . 33 —

Telles sont les causes que nous allons passer successivement en revue et que nous présenterons sous la forme suivante :

I. Causes anatomo-pathologiques.
II. Causes d'ordre clinique :
 a) Albuminurie.
 b) Syphilis.
 c) Tuberculose.
 d) Affections cardiaques.
 e) Endométrites.
 } Causes générales ou prédisposantes.
Traumatismes :
 1 de cause externe.
 2 par congestion brusque des organes pelviens.
 3 de cause interne.
 } Causes occasionnelles.

I. **Causes anatomo-pathologiques.** — Dans sa thèse de Paris (1892), Mlle de Forin nous dit : « On voit, depuis les recherches classiques de Ch. Robin, que le maximum des adhérences du placenta à l'utérus a lieu vers le quatrième mois de la grossesse. A partir de ce moment elles vont en diminuant progressivement, de telle sorte qu'à terme, après la naissance de l'enfant, la seule rétraction de la paroi utérine suffit en général pour que le délivre se détache. » On conçoit que ces conditions puissent favoriser l'accident qui nous occupe, lorsque, en même temps qu'elles, existent d'autres causes que nous allons maintenant étudier.

II. **Causes d'ordre clinique.** — Albuminurie. — De toutes les causes prédisposantes, c'est l'albuminurie qui est la plus importante, parce qu'elle favorise la production d'hémorragies, du fait des modifications de l'organisme en général et du sang en particulier. D'ailleurs, si nous examinons les 70 observations publiées dans ce travail, nous en trouvons 30 où l'on mentionne de l'albumine, proportion relativement énorme (près de la moitié).

C'est Cruveilhier qui le premier a attiré l'attention « sur les foyers

apoplectiques du placenta qui sont la source d'avortements ». Jacquemier a fait les mêmes constatations, et ces deux auteurs ont trouvé, dans la plupart des cas, que les urines contenaient une plus ou moins grande quantité d'albumine. Mais ce sont surtout les recherches de Pinard et de Fehling qui ont mis la question au point. Ce dernier auteur, au Congrès de Strasbourg (1885), signale cinq observations très nettes d'albuminurie avec lésions rénales et prétend que la mort du fœtus est due à un défaut de nutrition, parce que, à la suite d'hémorragies inter-utéro-placentaires, le placenta se décolle peu à peu et le champ de l'hématose est supprimé sur une plus ou moins grande étendue.

Quelques années après (1887 et 1891), deux élèves de Pinard, les docteurs Rouhaud et Cagny, publient les résultats des recherches de leur maître à ce sujet. « Le placenta, nous dit Rouhaud, est lésé plus fréquemment que les différents organes (dans l'albuminurie), parce qu'il est alors l'organe le plus vasculaire de l'économie et celui où la circulation est le plus ralentie. Par quel mécanisme se fait l'hémorragie ? Y a-t-il issue du sang par rupture vasculaire, selon l'opinion généralement adoptée (1), ou bien hémorragie à la surface du placenta, amenant un décollement et une thrombose consécutive des sinus placentaires correspondants ? D'après Ercolani, ces théories ne sont pas exclusives et doivent s'appliquer chacune à un nombre de cas déterminés. »

Rousseau-Dumarcet (thèse de Paris, 1892) et Coudray (thèse de Paris, 1900) reprennent la question et nous montrent bien les rapports qui existent entre les hémorragies intraplacentaires, occasionnées par le mauvais état des tissus (albuminurie), et l'hémorragie rétro-placentaire.

C'est donc un fait acquis que l'albuminurie peut être la cause prédisposante du décollement placentaire et qu'elle intervient même dans un très grand nombre de cas. Mais quelle est l'origine de cette albuminurie ? Maternelle ou fœtale, répondrons-nous :

a) Maternelle, dans les cas d'hyperproduction de toxines (entérotoxhémie), dans les cas de manque de neutralisation des toxines (hépatotoxhémie), dans les cas de défaut d'élimination des toxines (néphrotoxhémie) ;

b) Fœtale, si le fœtus fabrique des toxines (Fehling), si le placenta ne détruit plus les toxines d'origine fœtale (Ahlfed), s'il se forme des embolies de syncitium dans la circulation maternelle (Veit, Erlich, Ascoli).

Ce qui nous a poussé à faire de telles recherches, c'est notre obser-

(1) Ou bien thrombose primitive, ainsi que l'a prétendu Bustamente.

vation I qui nous montre une parturiente, sans lésions rénales aucunes, sans traces d'albumine, ayant eu huit accouchements normaux (dont quatre à la clinique), mettant au monde, le 23 novembre 1904, un macéré de sept mois et quittant le service sans albumine (alors qu'elle en avait eu un disque épais à son entrée). N'y aurait-il pas là un de ces phénomènes d'intoxication mentionnés plus haut? En effet, l'enfant a pu périr à la suite d'une hématose défectueuse ou d'une intoxication d'origine maternelle, sans qu'il y ait eu albuminurie; et celle-ci ne serait que secondaire, due par exemple à l'absorption des toxines provenant alors du fœtus en état de macération plus ou moins avancée. Le décollement serait donc primitif et l'albuminurie consécutive pourrait être considérée comme un simple phénomène de résorption. Telle est la théorie émise par H. Szasz, dans son article du *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie*, 7e vol., n° 1, 1903 : Modifications histologiques du placenta consécutives à la mort du fœtus.

Syphilis. — Tuberculose. — Affections cardiaques. — Ce sont là autant d'affections que l'on constate chez les femmes atteintes de décollement placentaire. Y a-t-il infection? circulation défectueuse? Le décollement est-il consécutif à la mort du fœtus (macéré comme dans la syphilis)? Ce sont autant de points sur lesquels les auteurs sont loin d'être du même avis.

Plusieurs prétendent même que l'albuminurie, constatée dans la plupart de ces maladies, albuminurie le plus souvent intermittente, serait suffisante pour être la cause unique du décollement. Haberlin, Benicke, Béglie en ont montré quelques observations dans la maladie de Basedow. Soldatow, Atkison, Lancereaux et Laveran, Kelsch et Kiemer ont signalé la néphrite paludéenne. Mais ce sont là des questions encore fort obscures et les exemples ne sont pas suffisamment nombreux et probants pour apporter quelques éclaircissements à la pathogénie du décollement placentaire.

Endométrite. — Qu'elle soit primitive ou locale, ou en rapport avec les cachexies tuberculeuse, cardiaque, syphilitique et albuminurique, l'endométrite a une influence plutôt néfaste sur les attaches utéro-placentaires; ceci ne fait l'objet d'aucun doute. Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1900), Lemaire nous dit : « La muqueuse utérine étant malade, le fœtus est gravement menacé. Sa vie est constamment à la merci du moindre ébranlement, susceptible d'occasionner plus ou moins rapidement le décollement de l'œuf. »

Multiparité. — Bien que nous ne l'ayons pas mentionnée dans notre tableau d'ensemble, nous ne pouvons passer sous silence la multiparité. Ce n'est point là un phénomène pathologique, mais son action prédisposante sur le décollement placentaire, que plusieurs auteurs ont signalée, nous oblige à l'examiner attentivement.

Mlle de Forin nous cite un passage de Freudenberg, où une influence considérable est attribuée à la multiparité. Tonicité moindre des parois utérines et, par suite, leur distension plus facile; tension vasculaire plus considérable, surpassant la pression intra-utérine et prédisposant à l'hémorragie : tels sont les faits reprochés à la multiparité. Sur 110 cas de décollement placentaire, Mlle de Forin trouve 70 multipares, 28 primipares et 12 cas où le nombre de grossesses n'est pas indiqué. Sur nos 70 cas, nous avons 42 multipares, 24 primipares et 4 cas sans renseignement.

Mais, si la multipare est plus facilement atteinte de décollement placentaire, ne peut-on pas mettre cette fréquence sur le compte des endométrites, reliquats d'anciennes grossesses plus ou moins bien soignées?

Traumatisme. — Reste enfin le traumatisme. Comme c'est là un des points les plus importants de la question, nous allons étudier le traumatisme de cause externe, le traumatisme par congestion brusque des organes pelviens, le traumatisme de cause interne.

a) *Traumatisme de cause externe.* — Pour Weiller (thèse de Nancy, 1899), c'est un fait acquis que le traumatisme externe est peut-être la cause la plus importante du décollement placentaire. « Il est, en effet, de connaissance vulgaire qu'un traumatisme abdominal interrompt facilement le cours d'une grossesse. C'est un moyen, fort employé dans le peuple, pour se débarrasser d'un produit de conception. »

Dans sa thèse de Paris, 1901, Lelong nous donne, comme preuves de ce qu'il avance, un certain nombre d'observations, dont quelques-unes, grâce à l'étude anatomo-pathologique qui a pu en être faite, sont absolument significatives. « Dans l'observation de Barnes, nous dit il, le point contusionné de la paroi antérieure de l'utérus répond à la partie décollée du placenta, qui était inséré à ce niveau. Si l'ecchymose, qui existe sur la paroi abdominale, ne correspond pas à celle que l'on observe sur la surface de l'utérus, cela tient très probablement à l'augmentation de la hauteur de l'utérus, qui a presque fatalement suivi la production de l'hémorragie rétro-placentaire. « Mais il n'est pas prouvé que le décollement puisse se produire, même après un traumamesit

portant sur la région abdominale, si le placenta n'est pas inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

b) *Traumatisme par congestion des organes pelviens.* — Cette congestion des organes pelviens peut être considérée comme un véritable traumatisme. La tension sanguine peut augmenter subitement, d'où hémorragie et décollement d'autant plus grand que la lésion primitive sera plus considérable. Et cette congestion est due soit à la persistance des règles, soit à une violente émotion (H. Spencer, Bonnaire, Peu); Chaussier et Depaul ont même incriminé les bas élastiques employés pour le traitement des varices, et qui refouleraient vers les organes pelviens le sang veineux des membres inférieurs.

Le coït, pratiqué pendant la grossesse, paraîtrait agir de la même façon, « soit en provoquant une brusque modification de la pression sanguine, une paralysie des vaso-moteurs, ou surtout une contraction énergique des fibres utérines ».

Enfin, ne pourrait-on pas mettre sur le compte du traumatisme les avortements des jeunes mariées ? Telle est la question posée par Weiller. « Il est, nous dit-il, une vieille habitude, qu'on devrait supprimer, et qui consiste à faire le voyage de noces immédiatement au début du mariage, avec son cortège de cahots inévitables dans les chemins de fer et les voitures, de montées et descentes d'escalier continuelles et répétées. »

c) *Traumatisme de causes internes.* — C'est le cas des efforts et de la brièveté du cordon.

Dans l'effort, le diaphragme, prenant point d'appui sur les organes abdominaux, comprime l'utérus et son contenu. Si la pression, bien que très forte, est régulière et continue, aucune lésion ne pourra se produire. Si, au contraire, il y a saccade, comme dans la toux quinteuse, les vomissements incoercibles de la grossesse, on a tout lieu de s'attendre à une rupture des adhérences utéro-placentaires. C'est là un fait, signalé pour la première fois par Jacquemier.

La brièveté du cordon a été signalée par tous les auteurs, et depuis fort longtemps déjà. Mauriceau l'incrimine comme cause de décollement placentaire. Mme Lachapelle et Jacquemier ne l'admettent pas. « Avant la rupture des membranes, dit ce dernier, il est impossible que la brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, trouble le travail et devienne une cause de danger pour le fœtus. » A l'heure actuelle, tous les auteurs sont de l'avis de Mauriceau.

Nous croyons, nous, qu'il faut établir une distinction entre les accidents dus à la brièveté du cordon qui ont lieu pendant le travail et ceux qui ont lieu pendant la grossesse. Pendant le travail, le mécanisme est facile à s'expliquer: un cordon court (quelle qu'en soit la cause), qui tire sur les membranes et le placenta, par suite de la descente du fœtus dans le bassin, devra forcément produire un décollement de ces différentes parties, à moins qu'il se rompe lui-même (phénomène excessivement rare). Pendant la grossesse, il nous semble que le fœtus pourra évoluer autour de son cordon trop court, mais qu'il n'aura pas la force suffisante pour amener une rupture des adhérences inter-utéro-placentaires. Pourtant, le cas de Pinard, rapporté le 20 novembre 1891 à la clinique Baudelocque, est comme un démenti aux idées que nous avançons. L'enfant, autour du pied duquel le cordon faisait un nœud, avait exercé, par ses mouvements actifs, des tiraillements tels qu'il s'en était suivi une hémorragie, qui avait amené sa mort et celle de sa mère. Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons affirmer, c'est que sur nos 70 observations nous avons 12 cas de brièveté du cordon : 11 fois les parturientes étaient à terme et il y eut 5 enfants vivants; l'autre cas eut lieu à 7 mois avec enfant mort. Quant aux 10 observations de la clinique, qui représentent strictement des cas de décollement placentaire pendant la grossesse, elles ne portent aucune mention de brièveté du cordon.

HYDRAMNIOS. — GROSSESSE GÉMELLAIRE. — RUPTURE DU SINUS CIRCULAIRE. — Il nous reste à mentionner quelques causes, citées par les auteurs, mais qui sont d'ordre tout à fait secondaire.

Dans l'hydramnios, le décollement serait dû à une cause purement mécanique. Le placenta, plus ou moins infiltré, plus ou moins dégénéré. ne pourrait suivre les mouvements d'extension de l'utérus, plus élastique que lui.

Dans la grossesse gémellaire, le phénomène aurait lieu après l'expulsion du premier fœtus, l'un des placentas entraînant l'autre (s'ils sont réunis par un pont membraneux); mais c'est là un décollement prématuré, pendant le travail, et qui sort de notre sujet.

Il est enfin des cas où la rupture du sinus circulaire peut se faire à l'intérieur des membranes et donner tous les symptômes du décollement du placenta normalement inséré. Ces cas sont relativement rares, car l'hémorragie est le plus souvent externe; de plus, comme ils ne donnent lieu à aucune lésion anatomo-pathologique du placenta proprement dit, il nous semble juste de ne pas les comprendre dans notre travail.

Conclusions. — Nous terminerons ce chapitre en disant :

De toutes les causes de décollement du placenta normalement inséré, les plus fréquentes sont : l'albuminurie, le traumatisme et l'endométrite.

Sur 70 observations, nous avons :

Albuminurie	30	cas.
Traumatisme externe	5	—
Brièveté du cordon.	12	—
Syphilis	1	—
Grossesse gémellaire	1	—
Grossesse triple.	1	—
Traumatisme et albumine	1	—
Traumatisme et syphilis	1	—
Causes inconnues	18	—

II. — Symptomatologie.

De tous les accidents auxquels est exposée une femme enceinte, il n'en est pas de plus alarmant, de plus fâcheux, que le décollement du placenta normalement inséré au cours de la grossesse. Il n'y a pas d'affection, pour laquelle le praticien est appelé, où il encourt une plus grande responsabilité. Il faut employer les mesures les plus promptes et les plus efficaces. C'est pourquoi un diagnostic rapide s'impose, diagnostic basé sur une série de symptômes positifs, sur un examen clinique bien ordonné.

Lorsque nous examinons les observations de décollement placentaire, nous sommes frappés par trois faits principaux : 1° le mauvais état général de la malade, n'ayant souvent aucun rapport avec la quantité de sang épanché au dehors; 2° le volume anormal de l'utérus et sa dureté ligneuse; 3° les douleurs violentes et continues dont se plaint la parturiente.

1° **État général.** — C'est celui de tout malade atteint d'hémorragie interne : facies pâle, décoloré, couvert de sueurs froides et visqueuses; respiration haletante et voix éteinte; pouls petit, presque normal au début (80, 90, contrairement à ce que l'on pourrait croire), mais s'accélérant de plus en plus pour atteindre parfois les chiffres de 140, 170 pulsations par minute; température normale. Et si l'on fait l'examen des parties génitales, on ne constate le plus souvent qu'un léger suintement sanguinolent, dont la teinte varie du brun au rose clair, suivant

que l'on a affaire à du sang ayant déjà séjourné dans l'utérus, ou à du sérum filtrant à travers les membranes. — Il est manisfeste que le sang s'en va, et avec lui la vie de la femme.

2° **Douleurs abdominales.** — A ces signes généraux, s'ajoutent les douleurs ressenties par la parturiente. C'est même la cause qui la pousse à réclamer l'aide d'une sage-femme, d'un médecin ou à entrer à l'hôpital. Au début du décollement, ces douleurs sont brusques, aiguës, rappelant celles des coliques intestinales ; mais elles peuvent être plus sourdes et ressembler aux tranchées utérines des époques menstruelles. De plus, elles sont continues, ne laissant aux malades aucun repos. Leur siège est au fond de l'utérus, mais avec irradiation du côté des reins et du bas-ventre. Les femmes accusent une sensation de déchirement, de tension extrême, et elles prétendent que *leur ventre va éclater*.

3° **État de l'utérus.** — Si l'on passe à l'examen, on remarque immédiatement un utérus gros, dont le volume indique une grossesse plus avancée. La palpation donne une sensation de dureté extrême, ligneuse, ne permettant pas, le plus souvent, de reconnaître la position de l'enfant dans le sein maternel. Si l'on examine attentivement du côté des cornes utérines, on rencontre quelquefois une zone fluctuante, assez bien délimitée, et correspondant à la région placentaire. Ce fait, signalé par Mme Lachapelle, nié par de nombreux auteurs, a été observé à la clinique. En somme, nous nous trouvons en présence d'un utérus en état de tétanisation permanente ; par suite de la grande distension qu'il a subie, il reste inerte.

Signes accessoires. — A côté de ces signes principaux, qui seuls peuvent nous faire porter un diagnostic positif, il en est d'autres, fournis par l'examen des parties génitales, par l'auscultation et par le toucher :

a) *L'examen des parties génitales* nous permet de constater la présence d'une hémorragie externe, si légère soit-elle. Dans ce cas, on ne peut nier l'existence d'une hémorragie interne.

b) *A l'auscultation*, on peut se rendre compte de la vitalité de l'enfant et agir en conséquence. Le plus souvent, il est mort, et les bruits du cœur fœtal font absolument défaut. Parfois, on entend des battements sourds, affaiblis, qui indiquent que l'enfant est en souffrance ; une intervention rapide arrivera à un résultat.

c) *Le toucher* enfin permet d'apprécier l'état du col et des membranes. Généralement, le col est à peine entr'ouvert et peu dilatable, signe que le travail n'a pas encore commencé. La poche des eaux est le plus

souvent bombée, tendue et dure. Enfin, si l'on peut introduire un doigt dans le col, il est facile de se rendre compte de la présence du placenta, au cas où l'on serait en présence d'un placenta prævia. Disons pourtant que, dans notre observation II, le docteur Gonnet sentit au toucher une surface grenue, irrégulière, avec brides encore adhérentes, qui ne pouvait être qu'un placenta, et il crut avoir affaire à un placenta prævia. De l'avis du professeur Fabre, ce n'était qu'un placenta bas inséré, accessible au toucher par suite de son décollement et de sa chute sur le segment inférieur.

d) Disons enfin que l'on peut rencontrer, du côté du système cérébral et des organes des sens, certains troubles que l'on ne peut mettre que sur le compte de l'anémie profonde dans laquelle se trouvent les malades (céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles oculaires). On a même signalé la cécité comme complication de cette affection, et notre dernière malade (12 mai) a bien failli ne pas échapper à cette redoulable infirmité.

III. — **Statistique.**

I. *Fréquence.*

1° Pour Goodel :

3 cas sur 22.498 accouchements.

2° Pour Mme Henry :

27 cas sur 20.700 accouchements.

3° Pour Tissier :

1 pour 1000.

4° A la clinique de Lyon :

10 cas sur 10.076 accouchements.

II. *Résultats pour la mère.*

1° Mme Henry :

2 morts sur 28 cas.

2° Braxton Hicks :

65,2 pour 100.

3° Goodell :

51,8 pour 100.

4° Rousseau-Dumarcet :

5 morts sur 13 cas.

5° Clinique Baudelocque :
2 morts sur 31 cas.
6° Lelong :
6 morts sur 16 cas.
7° Clinique de Lyon :
0 mort sur 10 cas.

III. *Résultats pour l'enfant.*

1° Mme Henry :
26 morts sur 28 enfants.
2° Rousseau-Dumarcet :
13 morts sur 13 enfants.
3° Lehman :
30 morts sur 32 enfants.
4° Clinique de Lyon :
10 morts sur 10 enfants.

IV. — **Anatomie pathologique.**

Bien que Mme Boivin et Mme Lachapelle n'admettent pas « la possibilité d'une hémorragie interne pendant la grossesse, ni l'accumulation de sang entre le placenta et l'utérus », bien que Stolz (1878) nie l'hémorragie utérine interne « dans laquelle le sang s'accumulerait entre la matrice et le placenta en repoussant celui-ci en forme d'entonnoir », nous avions déjà, dans *le Journal de Médecine*, t. XXIV, p. 384, année 1807, une description très nette de M. de la Forterie qui, mandé auprès d'une multipare en travail, avait fait une opération césarienne et s'était trouvé en présence d'un décollement placentaire. — Depuis, nous avons eu les observations de Peu, Albinus, Cazeaux, mais il faut arriver jusqu'en 1891 pour avoir les superbes coupes d'utérus gravide faites sur des sujets congelés, par Winter d'une part, et MM. Pinard et Varnier, d'autre part. Leurs descriptions se trouvant dans tous les ouvrages classiques, nous nous contentons de les mentionner tout simplement. Il nous reste donc à étudier les éléments qui participent au décollement, c'est-à-dire l'utérus et le placenta.

a) **Examen de l'utérus.** — Comme nous n'avons pas eu la bonne fortune d'avoir une autopsie de décollement placentaire, nous ne pouvons que

citer intégralement le passage du *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie*, 8e vol., n° 3, 1904, p. 358, où G. Schickelé nous expose le résultat de ses recherches du côté de cet organe.

Nous citerons aussi un passage de l'observation du docteur Le Lorier (Décollement prématuré du placenta au cours du travail. — Mort du fœtus. — Rigidité du col. Signes menaçants d'hémorragie interne et de tétanisation de l'utérus. Opération césarienne conservatrice. Guérison), observation présentée à la Societé d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris et publiée dans *les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (juin 1906), parce qu'il a été prélevé un fragment utérin et que des examens histologiques en ont été faits.

« De cet examen de l'utérus, nous dit Schickelé (1), on ne peut malheureusement pas conclure que des affections antérieures des vaisseaux de l'utérus ont été la cause des troubles de nutrition de la déciduale. Les modifications de ces vaisseaux, vers la fin de la grossesse, ne sont pas suffisamment connues pour déclarer pathologiques les cas constatés dans notre utérus. Je serais plutôt disposé à admettre, par comparaison avec ce que nous avons trouvé dans l'utérus d'une opération césarienne, qu'il s'agit de phénomènes physiologiques de dégénérescence, comme on les admet pour la déciduale. Mais il est certain que l'utérus, notamment dans sa surface placentaire, surprend par sa pauvreté en vaisseaux. Sans pouvoir expliquer cet état d'une manière quelconque, je me crois autorisé à démontrer la *nutrition défectueuse de la déciduale et sa lente nécrose.* Nous reviendrons donc à des affections antérieures des vaisseaux et, dans cette supposition, nous nous trouverons appuyé par les cas de Seitz. Cette hypothèse explique l'apparition d'hémorragies dans les cas 3, 4, 7 et 8 qui furent très fortes au début, ou devinrent dangereuses par leur répétition. Peut-être qu'aussi la modification dans la quantité du sang d'une région vasculaire, à l'intérieur de la paroi utérine, a son importance. Il est tout naturel de penser à des congestions ou à leur contraire. Par les refoulements des paquets nerveux de l'utérus qui se développe, ou pendant ses contractions douloureuses, les vaisseaux peuvent bien se trouver comprimés et la circulation du sang être troublée (ralentissement de la force du cœur pendant les douleurs). Toutes les lésions de la muqueuse utérine atrophiée, qui, avec l'accroissement de l'œuf, sont tirées dans la région que doit occuper le placenta, jouent peut-être aussi un grand rôle.

(1) Traduit de l'allemand par M. Seguin, professeur à Saint-Etienne.

Le développement des vaisseaux et la circulation du sang est moindre dans ces parties. Par conséquent, l'apport de nourriture à la région des villosités voisines est moindre. De telles conditions sont bien susceptibles d'occasionner, de prime abord, une attache défectueuse du placenta avec la paroi utérine. Elles permettent également de représenter, comme facilement compréhensibles, les modifications de circulation du sang comme elles ont été décrites plus haut; d'autant plus que, dans cette région, on doit s'attendre à d'importantes modifications des vaisseaux. Vers la fin de la grossesse, quand la déciduale est en état de dégénérescence physiologique et quand se préparent les modifications de la zone des séparations ultérieures, ces endroits moins résistants sont affectés plus que les autres par ces phénomènes. Leur dégénérescence sera plus précoce que pour d'autres parties, l'union entre les tissus se relâchera plus tôt et pourra même disparaître complètement sans intervention de douleurs ou d'autres facteurs. »

Dans son observation, le docteur Le Lorier nous dit, à propos des préparations histologiques du fragment utérin prélevé sur sa malade : « On voit nettement, en un point probablement rapproché de la séreuse, une infiltration hémorragique légère, tendant à dissocier les fibres musculaires et qui répond aux constatations faites *de visu* de petites taches ecchymotiques à la surface de l'utérus. Le reste de la musculaire paraît tout à fait sain. Il semble bien que l'on doit considérer ces petites hémorragies comme le premier stade d'un processus, qui aurait abouti à une rupture de l'utérus, progressant de dehors en dedans, de la musculeuse vers la muqueuse. »

b) **Examen macroscopique du placenta.** — Si maintenant nous passons à l'étude du placenta, que remarquons-nous en général :

a) La *surface utérine* peut se diviser en deux parties bien distinctes (une portion décollée et une portion non décollée). La première est constituée par une capsule plus ou moins large, plus ou moins profonde, remplie de caillots noirs ou plutôt brunâtres, suivant leur ancienneté. Au fond de cette cupule, après élimination des caillots, on se trouve en présence du tissu placentaire tassé, dont l'épaisseur varie entre un demi-centimètre et 1 centimètre et demi, alors qu'à l'état normal elle doit être de 2 centimètres. — La portion non décollée est normale, parfois un peu pâle, parfois un peu congestionnée, pouvant présenter en certains points quelques noyaux apoplectiques d'ancienneté différente,

noirs ou blancs, avec amas de fibrine dont la forme et l'épaisseur varient.

b) Quant à la *face fœtale*, elle n'est pas sensiblement modifiée. Elle peut être parfois surélevée au point où correspond le caillot et présenter à cet endroit une consistance plus dure et résistante que dans les régions voisines.

Il est bien entendu que nous devons absolument rejeter de cette description les lésions que l'on rencontre sur les placentas albuminuriques, syphilitiques ou autres, lésions qui permettent de faire un diagnostic étiologique, mais qui ne peuvent être citées comme caractéristiques du décollement dans tous les cas.

c) **Examen histologique du placenta.** — Cette étude histologique du placenta, dans les cas de décollement, n'a été entreprise que très récemment; et encore n'est-on pas arrivé à des résultats bien brillants. Nous devons pourtant mentionner le travail de Schickelé (*Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie*, 8e vol., n° 3, année 1904), et celui de Biancardi (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, mai 1905).

Schickelé a examiné les coupes de huit placentas, et il attribue une très grande importance aux troubles de la circulation sanguine « surtout dans les sinus des espaces villeux situés vers la déciduale ». « Ici, nous dit-il, naissent des thromboses, qui peuvent restreindre considérablement l'apport et le départ du sang. Peut-être même, est-on en droit de supposer que, de cela seul, pourrait déjà provenir la nécrose de la déciduale. Dans mes préparations, bien des choses parlent en faveur de cette hypothèse, et je ne serais pas éloigné d'expliquer en première ligne, par ces troubles et les dépôts fibrineux consécutifs dans les espaces villeux et dans la déciduale, la nécrose de cette dernière, et à voir, dans ce phénomène d'organisation, la raison du décollement du placenta (1). »

Biancardi, à son tour, nous expose les résultats histologiques auxquels il est arrivé, après examen méthodique de nombreux placentas (partie décollée, partie non décollée). Pour lui, les altérations les plus importantes et les plus constantes se trouvent dans la caduque :

« Foyers hémorragiques aux différentes phases régressives, dépôt de fibrine, ectasie et coagulation vasculaire, infiltration leucocytaire plus ou moins marquée, épaississement de la caduque et dégénérescence de

(1) Traduit de l'allemand par M. Seguin.

ses éléments, depuis le simple gonflement et la vacuolisation du protoplasma, jusqu'aux diverses phases de dégénérescence du noyau et même de sa ruine complète (1). »

C'est alors que, après avoir pris connaissance de ces divers travaux d'histologie placentaire et sur les instances du professeur Fabre, nous avons prélevé, sur divers placentas conservés à la clinique, et dont les observations sont mentionnées plus haut, plusieurs fragments pour l'examen microscopique. Après fixation dans le formol, le liquide de Muller, lavage à l'eau, après passage dans les différents flacons d'alcool et de xylol, englobage dans la paraffine, après section au microtome, nous avons employé la double coloration hématéine-éosine, puis embaumé. Ce sont ces préparations personnelles que nous avons examinées avec le professeur Fabre, et sur lesquelles nous avons trouvé les lésions que nous mentionnons ci-dessous.

Observation I.

Primipare. Albuminurie. Grossesse de sept mois. Décollement du placenta normalement inséré.

Observation clinique. — M. L..., vingt-sept ans, dévideuse, entrée le 17 mars 1905.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants. Un frère vivant, mais petit et gros (rachitique); quatre autres frères ou sœurs, tous morts de causes inconnues.

Antécédents personnels. — Nourrie dès les premiers mois avec des soupes. Prétend n'avoir marché qu'à cinq ans, à cause de « nouures aux jambes ». S'est pourtant toujours bien portée, quoique de santé faible.

Réglée à quatorze ans, depuis régulièrement, mais abondamment (les règles durent huit jours et plus).

État actuel. — Les dernières règles sont du 15 août 1904; la malade est donc enceinte de sept mois.

L'état général est mauvais; aspect chétif, membres grêles; donne l'impression d'une enfant de quinze à dix-sept ans. Taille = 1 m. 40.

Le début de la grossesse a été normal. Pas de malaises généraux, pas de vomissements, pas d'œdème bi-malléolaire. La malade dit avoir senti bouger son enfant au mois de février.

Depuis quinze jours, elle se plaint de douleurs vagues dans le ventre, avec sensation de durcissement de l'abdomen. Depuis quatre ou cinq jours, ces douleurs ont augmenté d'intensité. En même temps, elle est atteinte de cépha-

(1) Traduit de l'italien par M. Devignol, professeur à Saint-Étienne.

lée intense, continuelle, siégeant dans toute la tête et s'irradiant vers la nuque, persistant même la nuit.

17 mars. — Aujourd'hui, les douleurs abdominales sont plus vives et continues. C'est ce qui a décidé la malade à entrer à la clinique, ainsi que des pertes de sang abondantes.

A l'examen. — L'utérus forme une masse nettement arrondie, globuleuse, dont le fond est à 29 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Le *palper* est rendu très difficile par l'état de contraction permanente. A *l'auscultation*, les bruits du cœur de l'enfant sont perçus à gauche de la ligne médiane et en un point assez élevé. Le *toucher* permet de sentir un col mou, dont l'orifice externe est à peine entr'ouvert et dont la longueur est en partie conservée.

Le segment inférieur est difficilement appréciable, à cause de l'absence d'engagement de parties fœtales. La poche des eaux bombe et n'est pas encore rompue. En arrière et à droite, à l'intérieur du col, on perçoit, quoique assez difficilement, une surface grenue, irrégulière, avec brides encore adhérentes, et qui ne peut être que le placenta bas inséré, décollé partiellement.

17 mars, 4 h. 30 soir. *Accouchement.* — En raison des pertes abondantes de la malade, on se décide à faire la rupture artificielle des membranes.

Après la rupture, on sent à droite le bord du placenta déchiqueté, sorte de lamelle qui ballotte et qui donne la sensation d'un cordon (sans battements). La tête descend lentement et vient peu à peu appuyer sur le col.

On entend toujours les bruits du cœur à gauche avec leur rythme normal.

9 heures soir. — L'utérus est toujours tétanisé; les pertes ont cessé. Température = 37°,5, pouls ralenti. Les douleurs étant persistantes, on se décida à donner 1 gramme de chloral.

De 9 heures à 9 heures et demie : les bruits du cœur fœtal sont devenus plus sourds ; à 11 heures, il est impossible de les retrouver.

11 heures soir. — L'utérus a toujours une hauteur de 29 centimètres. Il est tétanisé, sans période de relâchement ; le ventre est dur comme du bois, sauf au niveau du bord droit, vers la région moyenne (zone placentaire), où l'on a une sensation de poche fluctuante.

Au *toucher*, le col est épais, non dilatable, mais assez souple. Dilatation de 2 centimètres et demi. On ne sent ni placenta, ni membranes, ni cordon. La tête appuie mal et porte une bosse séro-sanguine notable. Promontoire attingible, bas, à 10 centimètres.

Pouls = 92, très variable comme rapidité.

La malade est pâle, mais cette pâleur ne s'accentue pas.

L'hémorragie vaginale est d'ailleurs nulle, quand le corps reste immobile.

18 mars, 9 heures matin. — Expulsion spontanée de l'enfant. A 9 h. 10. hémorragie externe abondante ; l'utérus reste volumineux, le pouls s'accélère.

La main, introduite dans l'utérus, trouve le placenta complètement décollé et la cavité pleine de caillots (800 grammes).

L'utérus revient sur lui-même et l'hémorragie s'arrête.

Pouls = 176. Pâleur des téguments, sans décoloration des muqueuses et sans phénomènes subjectifs oculaires ou auditifs.

Injection de sérum artificiel (800 grammes).

Urines : Traces d'albumine.

Examen du placenta. — Complet. Poids = 400 grammes, derrière lui 400 grammes de caillots.

Placenta mince, altéré. Cotylédons arrondis, séparés par des sillons très profonds, au fond desquels se trouvent des parties assez étendues, entièrement dénuées de villosités. Caduque blanc rosée sur la moitié de la face utérine. rouge sombre dans l'autre moitié. Quatre ou cinq petits infarctus rouges noirs, récents. La face fœtale ne présente rien d'extraordinaire.

Examen histologique du placenta. — A la coupe de ce placenta, on note que les altérations principales portent sur la caduque, dont l'épaisseur est considérable.

En un point de la coupe, la *caduque* est environ dix fois plus épaisse que normalement et, de plus, la limite au niveau du grand lac placentaire est très irrégulière. Les villosités sont adhérentes à la caduque et l'on en retrouve quelques-unes entourées par des cellules déciduales.

Au voisinage de la *couche de Nitabuch*, quelques villosités sont agglomérées entre elles et, à ce niveau, le syncitium a complètement disparu, unies qu'elles sont par des amas de fibrine. Dans ces villosités, les vaisseaux artériels et veineux ne sont plus reconnaissables que par quelques rares fibres à disposition circulaire. Dans de nombreux points, on ne reconnaît même plus la structure de ces vaisseaux. Les villosités en question constituent un groupe très important, au niveau duquel l'hématose fœtale est impossible. Ce sont des villosités détruites physiologiquement.

Dans les *villosités de premier ordre*, au niveau desquelles la circulation fœtale est conservée, on constate que les vaisseaux sont normaux; les parois des artères sont peut-être un peu plus musclées, sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse d'endartérite ; au niveau des veines, rien de particulier à noter.

Dans les *villosités secondaires*, les espaces sanguins sont normaux.

Dans les *villosités de troisième ordre*, les vacuoles vasculaires sont très nettes. Le tissu chorial qui les entoure est normalement nucléé.

On ne trouve donc rien de particulier à noter ni dans le système vasculaire fœtal, ni dans le chorion.

Le *syncitium* des villosités non atélectasiées est le plus fréquemment normal. La couche de revêtement externe de la villosité est constituée par un seul rang de noyaux, régulièrement disposés dans tous les points où la fibrine ne s'est pas coagulée. En effet, même sur les villosités normales, on trouve, par régions isolées, des points où la fibrine semble coagulée. Ce que l'on constate très fréquemment dans les villosités normales, c'est qu'elles présentent un très grand nombre de points d'accroissement, constitués par des amas de syncitium, formant des bourgeons comme on les décrit dans le placenta normal au troisième ou au quatrième mois. Il semble que le grand nombre de villosités détruites est en voie de remplacement; des villosités nouvelles se substituent aux autres pour maintenir régulier le champ de l'hématose.

En résumé, *dans le placenta fœtal :* pas d'endartérite, pas d'endophlébite, un peu de péri-artérite, le syncitium prolifère. Ce qui domine, c'est la destruction d'un grand nombre de villosités par le mécanisme de l'infarctus blanc. La caduque présente, avons-nous dit, une épaisseur considérable et les cellules déciduales sont très altérées.

Les cellules déciduales ne présentent pas leurs rapports normaux. Leur volume n'est pas sensiblement diminué, mais, au lieu d'être en contact les unes avec les autres, sans substance interposée, on trouve entre elles une masse de substance mal différenciée et qui est facile à distinguer du protoplasma de la cellule.

Le *protoplasma de la cellule déciduale* se colore mal par l'éosine, surtout au centre. On constate la présence d'un assez grand nombre de vacuoles, mais, ce qui est surtout altéré, c'est le noyau qui n'a plus l'aspect globuleux des éléments normaux. Il se colore très mal aussi. Dans certains points, ces noyaux semblent même avoir disparu et sont remplacés par une substance dans laquelle on ne retrouve aucun caractère nucléaire. Entre les éléments déciduaux, on trouve des globules blancs, sans que leur nombre paraisse très exagéré.

Les *vaisseaux de la caduque* présentent, en certains points, des thromboses très nettes, sans que les parois soient nettement le siège de prolifération. Ces infarctus sont microscopiques dans les points observés et le tissu décidual, à ce niveau, n'a plus l'aspect qu'il présentait dans la caduque épaissie. Les cellules déciduales sont grêles, allongées, et leurs noyaux plus faciles à colorer. Mais, dans les régions qui correspondent aux infarctus hémorragiques, l'altération déciduale est moins nette que dans les parties ci-dessus décrites, où domine l'épaississement.

Du côté de la *zone de clivage*, qui sépare la couche de caduque placentaire de la couche de caduque utérine, on trouve un réseau de fibrilles excessivement fines. On comprend alors qu'un décollement soit très facile à ce niveau.

En résumé, la caduque est modifiée au niveau des vaisseaux par des thromboses, les cellules déciduales sont séparées les unes des autres par une substance intercellulaire fibrineuse, les noyaux n'ont plus leur affinité pour les colorants et semblent très altérés.

Observation II.

Primipare. Albuminurie. Grossesse de six mois. Décollement du placenta normalement inséré.

Observation clinique — A. B..., vingt et un ans, culottière, entrée le 11 avril 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-quatre ans d'une maladie de foie, mère vivante ; fille unique.

Antécédents personnels. — Ignore à quel âge elle a marché, et si elle a été nourrie au sein. Rougeole à cinq ans. A quatorze ans, rhumatisme articulaire aigu, anémie très prononcée ayant nécessité son entrée à la Charité, où elle resta deux mois et d'où elle sortit pour aller à Giens (six mois). Rechute en 1903, pieds et chevilles fortement enflés (ce qui l'oblige à garder le lit pendant quinze jours).

Réglée à 18 ans, irrégulièrement, assez abondamment et avec douleurs.

Grossesse actuelle. — Quelques maux de tête et vomissements alimentaires les premiers mois.

Dernières règles le 16 octobre 1904.

26 mars 1905. — Écoulement sanguin peu abondant pendant une demi-heure.

11 avril. — La malade ressent brusquement de fortes douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, douleurs qui l'obligent à se mettre au lit. Bien plus, elle remarque que les pertes sanguines continuent. Entre à la clinique dans la soirée.

12 avril, 8 heures matin. — La malade souffre toujours et continuellement.

Au palper. — Utérus tendu, dur comme du bois et résistant partout, au niveau de la corne gauche, où la paroi se laisse déprimer comme du liquide au-dessous ; on ressent même, à certains moments, excessivement nette. Volume utérin : 27 centimètres : à au-dessus de l'ombilic, on rencontre le fond, un p droite.

Au toucher, col dur et résistant, mais perm la poche des eaux est intacte ; on sent la tête taire au pourtour de l'orifice interne.

Un écoulement sanguin existe, léger, intermittent, mais c'est plutôt un suintement.

A l'auscultation, on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal.

Urines : albumine ; pouls = 88. La malade est pâle, les lèvres sont décolorées ; pas de troubles subjectifs du côté des yeux et des oreilles.

6 heures soir. — Le suintement continue, mais peu abondant. Abdomen uniforme, moins tendu pourtant, plus rénitent et fluctuant. Hauteur de l'utérus : 25 centimètres, la corne gauche est toujours un peu plus volumineuse.

État général bon. Pas d'œdème.

Pouls = 88.

100 à 11 heures du soir.

80 à 1 heure du matin.

13 avril, 10 heures matin. — La malade a passé une bonne nuit. L'utérus est sensiblement moins gros. La tête de l'enfant ne peut être sentie, mais le dos semble à gauche.

14 avril, 1 heure matin. — Les douleurs reparaissent régulières et durent jusqu'à 8 heures.

8 heures matin. — Rupture de la poche des eaux. Dilatation complète.

Présentation : siège décomplété, mode des fesses.

Accouchement spontané ; le placenta vient aussi et derrière lui 600 grammes de caillots.

Suites de couches. — Bonnes. La malade est sortie le 25 avril, n'ayant plus d'albumine.

Examen de l'enfant. — Mort-né, sexe masculin, 800 grammes.

Longueur : 36 centimètres. L'épiderme desquame au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Infiltration cornéenne. Pas d'augmentation de volume du ventre. Pas de malformation apparente.

Examen du placenta. — La *face utérine* est entièrement altérée.

Il n'existe, pour ainsi dire, plus de cotylédons sains. Partout la caduque offre un aspect blanc grisâtre, plus marqué en certains endroits. La consistance indique de nombreux infarctus dans la profondeur. Il existe, en outre, deux foyers de décollement avec hémorragie inter-utéro-placentaire. Les cavités, après élimination des caillots, sont anfractueuses, irrégulières, limitées par un rebord dur et scléreux, ce qui indique un tassement des villosités. L'hémorragie a commencé en pleine caduque et s'est creusé un foyer dans le placenta.

La *face fœtale* est normale.

Examen histologique du placenta. — Ici, la lésion prédominante est constituée par l'atélectasie des villosités, tassées les unes contre les autres.

Le *syncitium* ne présente pas de prolifération ; la couche des noyaux est unique, continue, sans que la fibrine se soit coagulée à sa surface.

Le *chorion villeux* est très nucléé. Les noyaux des éléments prennent mal le colorant et les espaces vasculaires sont très peu nets.

Dans les *troncs villeux secondaires*, ce n'est que rarement que l'on retrouve des points au niveau desquels on peut supposer l'existence de vaisseaux artériels et veineux ; seuls, quelques éléments à disposition circulaire paraissent représenter les fibres-musculaires.

En somme le *placenta fœtal* est mort, et cela depuis longtemps déjà. On ne trouve aucune trace d'artérite et de péri-artérite, mais cette constatation ne permet ni d'éliminer, ni d'affirmer le diagnostic de syphilis, étant donné le défaut de netteté des parois vasculaires.

Du côté de la *sérotine*, la limite du grand lac placentaire est très peu nette. La couche de Nitabuch est un peu plus épaisse que normalement. Quelques villosités lui sont adhérentes. Les cellules déciduales sont, elles aussi, très modifiées ; leur protoplasma est trouble ; le noyau se colore mal. L'infiltration leucocytaire n'existe pas et les éléments déciduaux paraissent comme en désordre, mais, entre eux, on ne peut retrouver, en aucun point, la disposition alvéolaire si caractéristique dans les autres placentas.

En résumé : placenta de macéré, sans qu'on puisse affirmer la syphilis comme étiologie ; sérotine très modifiée, sans disposition alvéolaire.

Observation III.

Multipare. Albuminurie. Grossesse de sept mois. Décollement du placenta normalement inséré.

Observation clinique. — M. G..., quarante-deux ans, ménagère, entrée le 25 novembre 1904.

Antécédents. — Bonne santé habituelle; réglée à quatorze ans, régulièrement depuis; mariée à vingt et un ans.

Multipare : 8 accouchements normaux; 6 enfants vivants.

Dernières règles, 28-30 avril 1904. — Vomissements pénibles pendant la première quinzaine du deuxième mois. A partir du quatrième mois, œdème douloureux au poignet et aux malléoles. A cinq mois et demi, après une journée fatigante passée au lavoir, la malade ressentit brusquement, en rentrant chez elle, à 7 heures du soir, une forte douleur dans les reins, qui l'obligea à se mettre au lit.

La douleur disparut, mais survint une forte céphalée qui dura toute la nuit. Le lendemain, elle put reprendre son travail, se sentant très soulagée; l'œdème disparut et ne revint plus.

Pas d'analyse d'urines pendant toute la durée de la grossesse.

23 novembre : 7 heures du soir. — Les douleurs revinrent, siégeant au niveau des reins avec irradiations dans le bas-ventre.

Actuellement. — A son entrée, disque épais d'albumine dans les urines.

L'examen montre un col complètement dilaté, une poche des eaux tendue faisant hernie dans le vagin.

25 novembre : 11 h. 25 du matin. — Rupture spontanée de la poche des eaux, d'où s'écoule un liquide (800 grammes environ) couleur marc de café et tout à fait inodore.

11 h. 35. — Après des douleurs expulsives de plus en plus marquées et espacées de trois à quatre minutes, expulsion en bloc d'un fœtus macéré. Délivrance naturelle 1 h. 15 après.

Suites de couches. — Le 26 novembre 1904, la malade n'a plus d'albumine et semble aller très bien au point de vue obstétrical. Seulement quelques douleurs céphaliques siégeant au sommet et à la partie antérieure de la tête.

Examen du fœtus. — Poids = 835 grammes. Longueur = 36 centimètres. Présente une teinte ardoisée de l'abdomen et du cordon. L'abdomen est fluctuant. L'épiderme se détache facilement sur tout le corps, même sur le cuir chevelu. Les os du crâne glissent aisément et donnent au toucher la sensation d'un sac de noix. Les globes oculaires sont très infiltrés et en partie dégénérés. La mort paraît remonter à trois semaines, c'est-à-dire au moment où la malade ressentit une violente douleur et cessa de percevoir les mouvements de son enfant.

Examen du placenta. — Complet; ovalaire; dimensions = 14,9; poids 130; membranes complètes, rompues à 4 centimètres du bord.

1. *Face utérine.* — Aspect blanc, de consistance scléreuse dans la totalité, sauf en un point voisin du centre, où se trouve un caillot gros comme une petite mandarine, plus ou moins aplati, adhérent et noir (déjà ancien). Ce caillot, détaché avec précaution, laisse voir au-dessous de lui une cavité tassée, rouge sombre, de consistance anormale. — Cette surface, qui continue approximativement la face utérine du placenta, n'est autre chose qu'un caillot plus ou moins ancien et en partie en voie de dégénérescence fibrineuse. — Au-dessous de ce caillot, existe, en plein tissu placentaire, une cavité anfractueuse, qui contenait du sang noir s'étant écoulé à l'extérieur par un orifice de 1 centimètre de diamètre, et dont les bords sont taillés à pic dans l'épaisseur même du caillot. L'étendue de cette zone, envahie par le caillot, est de 5 à 6 centimètres de diamètre, irrégulièrement circulaire. Tout autour, la palpation montre une zone de placenta surélevée, de consistance dure et qui correspond aux villosités tassées excentriquement et recouvertes par la caduque en état de dégénérescence. Cette dernière est dure, scléreuse et dégénérée sur toute l'étendue du placenta.

2. *Face fœtale.* — Surélevée en un point correspondant au caillot, présentant une consistance dure et résistante par rapport aux zones voisines.

Examen histologique du placenta. — Comme chez le précédent, nous

avons reconnu un placenta de macéré. Les mêmes lésions s'y rencontrent, mais sans caractéristique ; l'élément destructif prédomine trop. Au point de vue histologique, nous ne pouvons les rapprocher des deux autres cas, bien que l'observation clinique ait affirmé l'existence d'un décollement placentaire. Remarquons, toutefois, que, dans le cas qui nous occupe, le décollement, s'il a été successivement net, n'a pas dû être général et que le fœtus a dû succomber à un manque d'hématose, dont la cause peut être plutôt reportée au mauvais état des éléments inter-utéroplacentaires qu'au décollement proprement dit.

Observation IV.

Primipare. Grossesse de six mois et demi. Albuminurie. Décollement du placenta normalement inséré.

Observation clinique. — M. B..., vingt-huit ans, cuisinière, entrée le 12 mai 1906.

Antécédents. — La malade étant dans un état des plus alarmants lorsqu'on l'amène à la clinique, on ne peut obtenir que quelques renseignements. C'est ainsi qu'elle prétend être enceinte de six mois et demi.

A l'entrée. — Le premier examen nous montre une femme déprimée, pâle, sans forces, dont la chemise est imbibée de sang ; elle dit avoir perdu depuis une heure de l'après-midi (entrée à 3 heures).

3 heures soir. — Après de nombreuses questions, on apprend qu'elle a habituellement une santé excellente et que les premiers mois de sa grossesse se sont écoulés sans accidents. Le matin (jour de son entrée), elle a ciré un parquet, mais ne s'est pas sentie plus fatiguée que de coutume. Ce n'est que vers 1 heure de l'après-midi qu'elle s'est mise à perdre brusquement.

A l'inspection, les téguments sont pâles et les muqueuses exsangues.

Elle est dans un état complet de shock.

Le pouls, d'abord incomptable, est à 76 après un moment de repos, mais petit et filiforme.

L'utérus a une hauteur de 27 centimètres, il est contracté et très dur. Un filet de sang s'échappe de la vulve.

La sœur Chomard pratique *le toucher* et, par un orifice dilaté (2 centimètres et demi), arrive à sentir la poche des eaux.

Vu l'état grave de la malade, on lui fait deux injections de sérum (550 gr. chacune) sous les seins.

3 h. 35 soir. — Le pouls est toujours à 76, mais plus régulier et mieux frappé.

La malade a quelques vomissements, on lui donne un cordial.

L'hémorragie continue.

4 heures soir. — Le docteur Gonnet pratique un tamponnement vaginal avec 2 m. 20 de gaze aseptique.

4 h. 15. — Pouls = 88. Le *toucher* révèle un col étroit et dur. Entre la poche

des eaux et la paroi utérine, le sang coule. Pour parer à cette hémorragie, M. le chef de clinique place un ballon dilatateur de Champetier (sous anesthésie à l'éther). Au réveil, légers vomissements.

4 h. 50. — Pouls = 104, la malade délire, se plaint de ne pas y voir, cherche à éloigner l'entourage et demande qu'on la laisse mourir.

4 h. 55. — Nouvelle injection de sérum sous le sein gauche (200 grammes). On essaye d'inciser l'orifice externe du col.

5 heures. — La malade est portée sur la table d'opération; le docteur Gonnet, après avoir enlevé le ballon, essaye de dilater l'orifice interne et rompt la poche des eaux avec le doigt.

Après plusieurs tentatives infructueuses de dilatation, il sectionne l'orifice externe en plusieurs endroits, puis, n'obtenant toujours rien, sectionne la partie inférieure de l'orifice interne (sans plus de succès d'ailleurs).

La branche gauche de la pince à os passe facilement, mais la droite ne peut être introduite. Le perforateur du crâne passe et la boîte se vide. L'utérus diminue de volume (21 centimètres).

Après plusieurs tentatives inutiles pour engager une partie fœtale, le docteur Gonnet refait un tamponnement intra-utérin et vaginal.

5 h. 25. — Pendant l'opération, on réinjecte 200 grammes de sérum. L'état de la malade reste stationnaire. Pouls = 100, mou, mais plein.

7 heures. — Nouvelle injection de sérum (300 gr.). Suintement sanguin à la vulve. Pouls = 78.

7 h. 20. *Intervention d'urgence.* — Le professeur Fabre, prévenu, arrive immédiatement. Après un toucher où il constate l'impossibilité de dilater le col, il décide de faire une césarienne vaginale sous anesthésie.

Après avoir érigné l'utérus en bas, l'avoir décollé de la face postérieure de la vessie et l'avoir attiré en avant, il fait une incision antérieure de 7 centimètres environ et une postérieure de 6 centimètres.

Un bras du fœtus est enlevé, la tête sectionnée et le corps vient ensuite. — Sutures, mèches. Pouls = 140 à 8 h. 25 (fin de l'opération).

13 mai, 8 h. 35 matin. — La nuit a été calme ; on a donné du chloral, du champagne et fait deux lavements de sérum. Pouls = 118. Température = 38°,2.

10 heures. — Le docteur Fabre ordonne, pour la journée, 2 grammes de chloral et de l'eau à volonté. — Toilette externe, après extraction de la mèche placée dans l'utérus. — L'albumine diminue.

14 mai, 8 heures matin. — La nuit a été calme encore. Pouls = 140. Température = 38°,7. Purgation avec effet.

3 heures soir. — État général meilleur, mais à certains moments, la malade ne comprend pas les questions qu'on lui pose.

Suites de couches. — Très bonnes. Abaissement progressif de la température et diminution graduelle de l'albumine.

23 mai. — La malade est encore pâle et très anémiée. Elle présente toujours des troubles de la vue (brouillard, diplopie...), mais il n'y a plus d'albumine et la température est au-dessous de 38°.

Ablation des fils (6 en avant, 5 en arrière). Cicatrisation à peu près complète en avant, incomplète en arrière.

24 mai. — La fièvre reparaît et semble due à l'ablation des fils.

14 juin. — Depuis, rien de particulier à signaler. Des injections vaginales au permanganate de potasse ont été pratiquées tous les jours.

La fièvre n'a pas reparu.

L'état général est bon, mais la malade est encore très anémiée. Toujours très nerveuse, elle ne consent à répondre aux questions que si l'on insiste fortement.

Les troubles de la vue persistent encore. L'examen du fond d'œil ne révèle rien : pas d'œdème, papille blanche, petites veines peu colorées, lésions anémiques.

Examen du placenta. — A peu près circulaire. Mesure 16 sur 15 centimètres.

Face utérine. — Peut se diviser en deux zones bien distinctes :

a) L'une mince, blanche, aplatie, atrophiée, dont la coupe montre une caduque épaissie et un tissu placentaire atélectasié, au sein duquel il ne reste plus que des travées fibreuses.

b) L'autre, de teinte brun chocolat, limitée par un rebord plus ou moins saillant, dont le fond est une vaste excavation parsemée d'anfractuosités et tapissée de fibrine coagulée brunâtre.

Il ne reste plus de tissu placentaire sain. — Autour de cette excavation, la surface placentaire est grenue, recouverte de caillots adhérents.

Face fœtale. — Ne présente rien de particulier.

Examen histologique du placenta. — Dans la portion fœtale, les *gros troncs villeux sous-choriaux* ne présentent, du côté du syncitium, aucune altération. Le *chorion* est normalement nucléé. Les *vaisseaux* ont des parois musculaires très épaisses, mais sans qu'à leur niveau on puisse affirmer l'existence d'endo-ou de péri-artérite. En certains points, cependant, sans que cette disposition se retrouve partout, la zone périvasculaire du chorion est plus nucléée que normalement. Cette disposition se rencontre plus nettement sur les *troncs villeux de deuxième ordre*.

Dans les *villosités de petite dimension*, le tissu est normal. Les espaces vasculaires ont leur disposition ampulaire ordinaire. Un peu de fibrine coagulée de loin en loin à la surface du syncitium.

Sur une grande étendue de la coupe, surtout au niveau de la face maternelle du placenta, on trouve des espaees considérables de placenta atélectasié. Les villosités sont tassées les unes contre les autres, sans que le décollement s'étende rapidement à toute la surface du placenta.

En résumé : endométrite alvéolaire, s'étendant à tout le tissu décidual au niveau de la sérotine et dans l'intérieur du placenta. Peu de lésions du placenta fœtal, atélectasie d'un grand nombre de villosités.

d) **Examen histologique du foie.** — Nous tenons enfin à mentionner la communication faite, à la Société d'Obstétrique de Paris (15 mars 1906), par le docteur Bar. Une femme, venue à la Maternité de Saint-Antoine pour accoucher, fut, après diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire avec albuminurie, opérée d'urgence (césarienne abdominale). Elle mourut le lendemain et l'on put faire son autopsie. Le docteur Bar ayant remarqué que le foie présentait, dans sa zone centrale, des lésions de dégénérescence, en fit prélever plusieurs morceaux pour l'examen histologique et remarqua les particularités suivantes : travées disloquées, séparées en de certains endroits par de fines fibrilles, avec des cellules atrophiées, à protoplasme presque liquifié et dont le noyau semble prêt à sortir ; les cellules malades se colorent plus facilement que les cellules saines, à l'exception des noyaux qui se teintent fortement ; le sang des branches de la veine porte et des capillaires est riche en leucocytes (polynucléaires, lymphocytes, pas de myélocytes).

Et le docteur Bar termine en disant :

« Étant donné la fréquence des hémorragies intra-placentaires et des vastes décollements du placenta et des membranes chez des femmes qui ont des accès d'éclampsie, il serait intéressant de rechercher s'il est habituel de rencontrer des lésions hépatiques analogues à celles observées chez des femmes qui succombent à des hémorragies rétro-placentaires sans avoir eu d'accès d'éclampsie. Si cette recherche donnait un résultat positif, les vastes hémorragies placentaires ou sous-placentaires apparaîtraient comme vaguement liées à l'existence d'une néphrite, mais comme un accident étroitement lié à l'état complexe auquel on a proposé de donner le nom d'éclampsisme, elles seraient capables de se produire au même titre que l'hémorragie cérébrale ou méningée, aussi bien avant l'apparition des crises convulsives qu'au cours de celles-ci. »

V. — Mécanisme.

Maintenant que nous connaissons les lésions histologiques, il nous est plus facile de chercher à expliquer ces phénomènes de décollement.

Si, à l'intérieur de la sérotine, se sont produites des hémorragies plus ou moins étendues, qui ont détruit une grande surface de la couche déciduale, la partie correspondante du placenta peut se relâcher peu à peu. Dès lors qu'il existe une séparation entre le placenta et la paroi utérine,

il y a hémorragie plus loin que les vaisseaux maternels ouverts par le décollement. Celui-ci peut ainsi s'opérer lentement et progressivement, et cela pour aboutir à une hémorragie brusque surprenant la malade en pleine santé.

Schickelé nous semble aller un peu loin, lorsqu'il incrimine la contraction utérine. D'après lui, le décollement peut se produire de telle manière que de petits épanchements sanguins à l'intérieur de la déciduale se fassent progressivement, de telle sorte qu'il s'ensuit une coagulation et, avec elle, arrêt de l'hémorragie. Sur ce point, nous partageons ses idées. Mais il va jusqu'à prétendre que ces hématomes plus ou moins volumineux agissent comme le ferait un corps étranger solide, en amenant des douleurs et, par suite, des contractions utérines. « La paroi utérine en contraction, dit-il, se retire au-dessous de la section placentaire qui ne suit pas et produit le décollement du placenta déjà endommagé dans sa surface de séparation. Les contractions des fibres musculaires isolées, qui reportent leurs mouvements ondulés jusque sur la sérotine, détachent immédiatement celle-ci de sa surface commune avec le placenta, cette dernière restant immobile, et le décollement progresse (1). » Notre compétence n'est pas suffisante pour critiquer sérieusement cette théorie, mais il nous semble, d'après nos observations, aussi bien cliniques qu'histologiques, que l'état lamentable des tissus inter-utéro-placentaires est une condition assez importante pour favoriser un décollement. Il est facile de comprendre que la moindre augmentation de la tension sanguine sera suffisante pour séparer ces divers éléments et que le décollement s'étendra d'autant plus rapidement et sur une surface d'autant plus grande que les lésions histologiques seront plus accusées. D'ailleurs, nous ne pourrions pas nous expliquer, d'après la théorie de Schickelé, comment pourrait se produire le décollement dans ces cas, les plus fréquents, où la malade est *subitement* prise de *douleurs intenses* dans l'abdomen avec tous les signes, presque *foudroyants*, d'une grave hémorragie interne. L'utérus n'a pas eu le temps de réagir et il nous semble que le décollement précède tout phénomène de contractions.

(1) Traduit de l'allemand par M. Seguin.

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE OVARIENNE

INONDATION PÉRITONÉALE — LAPAROTOMIE — GUÉRISON EXAMEN DE LA PIÈCE (1)

Par MM. **A. HERRENSCHMIDT**, chef de laboratoire de la Faculté (Necker),
et **L. RIGOLLOT-SIMONNOT**, interne des hôpitaux.

Jeanne P..., 25 ans, réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Pas d'antécédents gynécologiques, pas de grossesses ni de fausses couches. En novembre 1905 elle souffre du ventre pendant une semaine : ces douleurs s'accompagnent de vomissements et elle a, en dehors de l'époque de ses règles, ce qui ne lui était jamais arrivé, une perte de sang peu abondante. Tout rentre dans l'ordre, les règles se montrent régulièrement, jusqu'à la dernière époque, le 27 janvier 1906, durant trois jours.

Le 10 février, elle ressent une légère douleur dans le bas-ventre, mais ne s'en préoccupe pas. Le 11 février, elle vaquait à ses occupations, quand, à 11 heures du matin, elle éprouve à nouveau une douleur abdominale, peu intense dit-elle, localisée dans le bas-ventre, et qui dès ce moment s'accompagne de sueurs froides, d'éblouissements et de tendances à la syncope.

A 1 heure de l'après-midi, les douleurs deviennent très intenses, s'étendent à tout l'abdomen, les menaces de syncope sont plus fréquentes ; aucune nausée, pas de vomissement.

La malade entre d'urgence, à 2 heures et demie du soir, à Necker, dans le service de M. Routier. Sa pâleur est extrême, lèvres décolorées, extrémités froides, syncope imminente. Température 36°,4. Pouls 98, très petit, filant. Localement, le ventre est modérément distendu ; contracture de la paroi, douleur généralisée à la pression. Le toucher montre un col un peu mou, non entr'ouvert ; les culs-de-sac sont nettement fluctuants ; la douleur provoquée par cette exploration est vive, beaucoup plus marquée dans le cul-de-sac droit. Le doigt ne ramène pas de sang.

En présence de ces signes non douteux d'hémorragie interne, malgré l'absence de toute perturbation du côté des règles et d'écoulement de sang par le vagin, nous diagnostiquons une inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire siégeant vraisemblablement au niveau des annexes droites.

(1) Communication faite à la Société anatomique, séance du 30 mars 1906.

Nous opérons immédiatement, avec l'aide de notre collègue Renaudin. Le péritoine renferme plus d'un litre de sang liquide et quelques caillots. Nous allons d'emblée aux annexes droites : la trompe est d'aspect absolument normal, l'ovaire n'est pas augmenté de volume, mais sur sa surface existe une petite ulcération d'où le sang suinte goutte à goutte sans interruption, ce qui explique l'abondance de l'épanchement péritonéal. A gauche, les annexes sont volumineuses, l'ovaire est kystique, mais rien ici ne saigne. Dans les manœuvres que nous faisons pour enlever cet ovaire, et sous l'influence d'une pression exercée à sa surface, un petit corps du volume d'un pois, ressemblant à un caillot, s'énuclée de l'ulcération et est brusquement projeté au dehors. Il nous a été impossible, une fois l'intervention terminée, de le retrouver parmi les compresses et clamps, malgré toutes nos recherches. Ligature des pédicules, extirpation de l'ovaire et de la trompe. Toilette du péritoine. Nous constatons en passant que l'utérus est augmenté de volume et un peu congestionné. Drainage. Suture en un plan.

Suites opératoires. — Injections de sérum le jour et le lendemain de l'opération, caféine, huile camphrée. L'état général se remonte rapidement, la température ne s'élève jamais au-dessus de 37°,6. Drain supprimé le 5e jour, fils enlevés le 9e jour. La malade se lève le 20e jour, et le 28e jour, 8 mars, elle quitte l'hôpital complètement guérie, pour retourner à Marseille.

Des nouvelles envoyées par elle nous apprennent qu'elle n'a ressenti aucune douleur abdominale depuis son retour, et qu'elle a vu arriver ses règles le 21 mars, 40 jours exactement après son opération.

L'ovaire a été transmis aussitôt après l'intervention à M. Herrenschmidt, qui s'est chargé d'en faire l'examen microscopique.

Examen histologique. — Ovaire de volume à peine supérieur au volume normal. Rien autre à sa surface qu'au voisinage de l'un des pôles, mais encore sur le bord libre, une perte de substance au bord de laquelle est adhérent un petit caillot. Cette déchirure ou ulcération à fond sanglant est assez bien circulaire, mesure 3 à 4 millimètres de diamètre et 2 à 3 millimètres de profondeur. Des coupes parallèles, pratiquées aussitôt dans l'ovaire, permettent de voir quelques corps albicants, pas de corps jaunes, un petit kyste aplati à contenu séreux, sans rapports avec l'ulcération décrite, et au-dessous de celle-ci une zone de tissu homogène grisâtre, limitée par une ligne assez fine, lui traçant un contour ovalaire pas très net, d'un diamètre de 8 à 10 millimètres. Le caillot est détaché et une lame de tissu ovarien, comprenant à la surface toute l'ulcération, est excisée, tous deux pour l'examen microscopique.

A. *Le caillot.* — Inclusion rapide. Les coupes montrent un fond mosaïque composé d'hématies et de filaments de fibrine. Dans ce fond quelques grandes déchirures où les globules clairsemés font place à de grosses cellules de 20 à 30 μ de diamètre ayant toutes les formes imaginables, un ou deux noyaux fortement teintés avec nucléoles très marqués, et un protoplasma granuleux dont la limite extérieure n'est pas toujours bien tranchée. A côté de ces cellules, quelques autres, géantes, contiennent jusqu'à 10 et 12 noyaux, et parfois des

vacuoles avec inclusions hétérogènes. On en voit qui prennent mal la coloration, ce sont des cellules déjà nécrotiques. Toutes sont jetées là sans aucun ordre.

La pensée d'avoir affaire à une grossesse ovarienne ou à un noyau chorio-épithéliomateux, que nous avions eue dès que la pièce nous fut confiée par M. Rigollot-Simonnot et l'histoire clinique connue, semblait prendre consistance en présence de ces éléments presque à coup sûr syncytiaux et langhansiens. Le fragment ovarien fut alors coupé en série ; — colorations courantes



Fig. 1. — Caillot emprisonnant des cellules d'origine chorio-ectodermique et déciduale.

et colorations spéciales de la fibrine et du glycogène, qui apportèrent encore leur appoint favorable pour la nature chorio-ectodermique des cellules en question.

B. *L'ovaire et la perte de substance.* — Chacun des bords de l'ulcération se continue latéralement par une bande de tissu ovarique qui s'élargit et s'incurve à mesure qu'elle s'éloigne de l'ulcération ; toutes deux se rejoignent à 8 millimètres en dessous de celle-ci et figurent ainsi un anneau mince et interrompu par l'ulcération en haut, épais et fermé du côté du hile. Cet anneau renferme un champ considérable de cellules lutéiniformes ; il est découpé en lobes irréguliers par des faisceaux vasculo-conjonctifs et bordé par quelques légers faisceaux conjonctifs parallèles à sa circonférence, non absolument continus, de telle sorte qu'on peut trouver des îlots de ces cellules, des files ou des éléments isolés en plein tissu ovarien, au dehors du champ principal, et ceci particulièrement au voisinage de l'ulcération. Les cellules elles-mêmes sont serrées les unes contre les autres, leurs contours sont incertains, elles ont un protoplasma pâle, granuleux, et un assez gros noyau central bien coloré. Dans tout ce champ il n'y a aucune trace de sang épanché ni de résidus hémorragiques.

Notons simplement encore en passant que dans le tissu ovarien nous n'avons rencontré que très peu de follicules primordiaux et pas un seul à l'état de maturité.

Quant à l'ulcération, elle a la forme d'un cratère irrégulier à bord surplombant d'un côté, garni de l'autre d'un bourrelet hémorragique. Son fond, très déchiqueté, est une agglomération de cellules variées, de sang et de fibrine.

On y trouve des vaisseaux relativement larges à paroi endothéliale seulement, entourés de cellules polymorphes à noyau très foncé, plus grandes que les cellules du stroma ovarien proximal qui, elles, donnent au voisinage du cratère l'impression du sarcome. Sans ordination aucune ces cellules polymorphes sont côtoyées par de grosses masses protoplasmiques multinucléées et vacuolaires (sync. décidual) et par des cellules à protoplasma plus pâle analogues à ces cellules lutéiniformes de tout à l'heure ayant franchi les limites de leur centre principal. Isolées ou par groupes, toutes ces variétés de cellules sont plus ou moins enveloppées de sang épanché provenant de vaisseaux, dont nous avons vu l'un s'ouvrir directement dans le fond de l'ulcération.



Fig. 2. — Villosité choriale typique et masses syncytiales sur le bord de la déchirure ovarienne.

Sur le côté du cratère se détachent nettement (la figure ci-dessus nous évitera la description classique) des villosités choriales en tous points typiques ; elles reposent au contact des cellules désordonnées décrites à l'instant. Cette constatation nous met en possession de la preuve de la grossesse, supposée dès le début, et nous fait regretter moins la perte de l'œuf énucléé, on s'en souvient, pendant l'opération.

Ajoutons cependant encore qu'au pourtour de l'ulcération rien ne rappelle la thèque d'un follicule crevé et que les cellules qui jouent le rôle de placenta maternel par rapport aux villosités choriales semblent implantées directement sur le tissu ovarien. Il s'est formé là une couche déciduale par le concours des cellules autochtones, c'est-à-dire *a*) des cellules du stroma ovarien (c. sarcomatoïdes) comme cela se passe dans l'utérus, et *b*) peut-être aussi des cellules de la granuleuse (c. lutéiniformes?) remplaçant ici les glandes de la muqueuse utérine.

En résumé, la présence de villosités choriales typiques démontre qu'il y a eu un début de grossesse au niveau de l'ulcération ovarienne.

L'absence de symptômes gravidiques extérieurs ne peut avoir rien d'étonnant au 15e jour ; dans le cas de Foisy (Grossesse infundibulo-ovarienne. *Bull. Soc. anat.*, 1904) il en était de même avec un fœtus de 4 centimètres et demi. Au cours de l'intervention, dans notre cas, l'utérus a été d'ailleurs aperçu volumineux et congestionné.

Mais en quel endroit précis de l'ovaire s'est développée cette grossesse, et qu'est devenu son corps jaune ? La petite excavation à la surface de l'ovaire représente à notre sens la moitié profonde d'un follicule de de Graaf rompu dans le péritoine 2 à 3 semaines après la fécondation de son ovule *in situ* ; son fond déchiqueté représente ce qui est resté adhérent au tissu ovarien, après l'avortement, de la sérotine née sur place et du chorion. Nous n'avons pas là, il est certain, un follicule en voie de former un corps jaune, nous n'avons pas une paroi épaisse, plissée et pigmentée, mais cette disparition peut s'expliquer par l'édification intra-folliculaire du placenta nécessitant le développement et l'arrivée rapide de nombreux vaisseaux nourriciers qui ont disloqué la thèque, et par la prolifération des cellules voisines, — un bouleversement complet des processus physiologiques à ce niveau.

En aucun autre point de l'ovaire il n'y a de corps jaune vrai. Et en effet le noyau où prolifèrent des cellules à lutéine ou lutéiniformes ne correspond nullement à un corps jaune de grossesse : il ne contient aucune trace d'hémorragie ni nouvelle ni en train de s'organiser (la grossesse ne date pourtant que de 15 à 20 jours), pas de pigment sanguin. Les septa fibrovasculaires ne sont pas centripètes et les cellules à lutéine ne se disposent pas en colonnes radiaires. Il n'y a ici, pas plus qu'autour de l'ulcération, de couche périphérique jaunâtre plus ou moins plissée et dense ; au contraire nous avons vu la limite de la zone circulaire, délicate, et le stroma ovarien alentour logeant des traînées de cellules lutéiniformes probablement issues de la masse principale. Cette surproduction étrange de cellules à lutéine se rapprocherait aisément de faits signalés il y a longtemps et remis en lumière par Dunger (*Ziegler's Beiträge*, n° 37, 1905) où ces sortes de pullulations dans l'ovaire ont été considérées comme un phénomène secondaire au développement de certaines grossesses normales ou ectopiques, des môles, des chorio-épithéliomes, — en un mot comme dépendant des formations choriales typiques ou atypiques, quel que soit leur siège.

La grossesse ovarienne, au sens strict du mot (graafienne), semble donc devoir cadrer avec l'absence de corps jaune vrai. Il en était au

moins de même dans le cas très intéressant publié par Mendès de Léon et Hollemann (*Revue de Gynéc.*, 1902, n° 3) et qui est à rapprocher du nôtre par beaucoup d'autres points.

Les cas de grossesse intra-ovarienne, graaficnne, de van Tussenbroeck sont rares et ne sont scientifiquement établis que depuis quelques années. Leur diagnostic (v. le cas de Letoux rapporté par Tuffier, et sa discussion, *Soc. Chir.*, 1900), dans la plupart des cas, est délicat, même une fois le ventre ouvert, et peut réclamer, à cause de la précocité de l'avortement, le secours du microscope pour entraîner la conviction. Cette petite difficulté, jointe au fait que beaucoup de cas publiés de grossesse ovarienne se rapportent en réalité à des grossesses tubaires ou tubo-ovariennes, l'ovaire étant compris dans la paroi du sac fœtal ou accolé par des adhérences (v. Mendès de Léon), explique pourquoi la littérature, relativement riche sur cette question, ne donne au dépouillement que peu d'observations non sujettes à caution.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Letoux-Tuffier, Inondation péritonéale. Gr. ovar. probable. *C. R. Soc. chir.*, 1900, p. 1094.
Psaltoff, Gross. extraut. bilat., ovarique g. (?) *Ann. gynécol. obstétr.*, 1900.
Condamin, Gross. ovar. datant de 8 ans. *Semaine gynécol.*, 1902 ; *Lyon médical*, 1902.
Mendès-Hollemann, De la grossesse ovarienne. *Rev. de gynécol. et chir. abdom.*, 1902.
Jean Doche, *De la grossesse ovarienne*. Thèse Lyon, 1902.
Martin, *Die Krankheiten der Eierstöcke* (cité par Mendès de Léon), 1899.
Bandel, Fall von Eierstockschwangerschaft. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1902.
Gottschalk, Fall von Eierstockschwangerschaft. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1903.
Micholitsch, Ueber Ovarialgravidität. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1903.
Kautorowics, Eierstockschwangerschaft. *Samml. klin. Vortr.*, n° 136, *Gynäk.*
Boesshebeech, Beitrag. z. Ovarialgraviditat. *Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1904.
Freund, Fall von Eierstockschwangerschaft. *D. med. Woch.*, 1902.
Ludwig, Eierstockschwang nebst uteriner Schwang. *Wien. klin. Woch.*, 1896, p. 600.
Kouwer, Een gewal von ovarialzwangerschap. *Nedert. Tijdshr. v. Verlosk. en Gyn.*, 1897.
Giglio, La gravidanza ovarica. *Arch. ital. di gynecol.*, 1898.
Dovan, A case of ovarian pregnancy. *Lancet*, 1896.
Oliver, Ovarian pregnancy. *Lancet*, 1896.
Robson, Primary ovarian gestation. *T. obstetr. Soc. London*, 1903.
Tull, Ovarian gestation, *Amer Gyn. a. Obstetr.*, *J. New-York*, 1899.
Ricketts, Ovarian pregnancy. *Amer. J. Surg. a. Gynec.*, 1900.
Frank, Primary ovarian gestation. *Month. J. med. a. Surg.*, 1903.
Webester, Study of a specimen ovar. pregnancy. *Am. J. Obst.*, 1904.
Olekhno, Extrauter. ovarian pregnancy. *Russk. Vrach.*, 1903.
Kannegiesser, Devlopt. of the impr. ov. in the ovary. *J. akush. i. jensk, s. bolie:*, 1904.
Popoff, Ovarian pregnancy at term. *Russk Vrach* , 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE VÉSICALE

Dans un cas d'insuffisance fonctionnelle quasi absolue du sphincter vésical, Hofmeier (1), chez une femme de 41 ans ayant un passif gynécologique sérieux, obtint des résultats très satisfaisants contre le symptôme incontinence, par un procédé d'utilisation de l'utérus lui-même, recommandé il y a déjà longtemps par W. Freund pour le traitement des grosses pertes de substance



vésico-vaginales. Le principe du procédé consiste à amener, après incision de la paroi vaginale antérieure, du cul-de-sac vaginal correspondant et ouverture du Douglas antérieur, le corps de l'utérus, fortement antéversé, entre la région uréthro-vésicale et la paroi vaginale suffisammment décollée, et de le fixer *in situ*, pour parer aux effets de l'impotence fonctionnelle par l'action mécanique exercée par l'utérus. D'ailleurs, la figure ci-jointe illustre nettement ce procédé, qui se montra efficace dans ce cas particulièrement rebelle.

R. L.

---

(1) Hofmeier, Utilisation plastique de l utérus pour défaut fonctionnel du sphincter vésical. *Zent. f. Gyn.*, 1906, n° 29, p. 809.

REVUE ANALYTIQUE

Extirpation abdominale totale de l'utérus parturient (Abdominale totale Exstirpation des kreissenden Uterus). O. GUTBROD, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, p. 497.

OBS. — 42 ans, un accouchement antérieur spontané, 18 ans auparavant (suites de couches normales) ; depuis, n'aurait jamais souffert dans le bas-ventre. Dernières règles, 10 mai 1904. Début des douleurs et perte simultanée des eaux le 9 février, vers 7 heures. Le 14 février seulement, la sage-femme appela un médecin, qui n'aurait constaté rien d'anormal. Toutefois, des accidents étant survenus, T. 39°,4, accélération du pouls, contractions tétaniques, etc., le médecin fit une application de forceps qui échoua. — A son arrivée le 15 février, Gutbrod trouva une femme très fébricitante, 39°,7, T. axillaire, P. 144. Au palper, le fond de l'utérus fut trouvé à la hauteur de l'ombilic, dans l'hypochondre gauche ; à une largeur de main environ au-dessus de la symphyse, il y avait une partie saillante, volumineuse, la tête fœtale probablement. Impossible de constater autre chose par suite de l'état tétanique de l'utérus. Doubles battements fœtaux non perceptibles. Tout le ventre extrêmement douloureux au palper. — *Examen vaginal* : excavation complètement libre, orifice externe porté à gauche et en avant, au-dessus de la symphyse, dilatation au plus comme 3 marcs. A son niveau, une petite partie fœtale très tuméfiée, main ou pied (?). Lèvre antérieure du col à peine accessible, formant un bourrelet très mince. La postérieure, très épaissie, recouvrant le petit bassin, se prolonge en arrière dans une paroi dure, résistante, qui atteint jusqu'au promontoire. La sécrétion vaginale est fétide et contient du méconium. *Impossible de préciser sûrement la cause de la dystocie. Diagnostic probable* : myome enclavé ou tumeur solide de l'ovaire. Transport de la femme à la clinique et *opération* le soir à 6 heures, sous narcose éthéro-chloroformique ; incision, sur la ligne médiane, de la paroi abdominale très amincie, d'au-dessus de la symphyse à l'ombilic ; mais l'utérus ne se laissant pas extérioriser, prolongation de l'incision d'environ 6 centimètres. Et comme, même alors, on arrive à peine à amener l'utérus en avant, le chirurgien introduit la main dans le ventre, en arrière de l'utérus, et reconnaît que, sauf le tiers supérieur, toute la face postérieure de la matrice est fixée par des adhérences étendues. Libération laborieuse des adhérences, qui fait que l'extériorisation complète de l'utérus exige beaucoup de temps. Ligature et excision des annexes des deux côtés, et *xtirpation totale de l'utérus*. Au cours de l'opération, déchirure de 2 centimètres de la vessie, qui est fermée par une suture continue au catgut ; sur le moignon vaginal suture au catgut à points séparés, suture continue du péritoine, fermeture du ventre par une suture à trois étages, etc. Pansement, cathéter vésical à demeure. Durée de l'opération qui ne s'accompagna pas d'une grande perte de sang, 50 minutes.

Convalescence. — Durant les 4 premiers jours, tout à fait normale, température entre 36° et 37°,3. Dans la nuit du 15 au 16, garde-robes abondantes, émission de beaucoup de gaz, urine tout à fait claire. Abdomen indolore, mou. Pas de vomissements. Pouls entre 72 et 108. Sensorium libre. Le 18, vers le soir, vomissements. Le 19 février, ni garde-robes, ni gaz. Le 19, lavements et lavages de l'estomac sans résultats. Le pouls devient précipité et petit. Etat général mauvais, ventre météorisé, non douloureux, iléus probable. Seconde laparotomie le soir, à 11 heures. *Le ventre ouvert*, on vit qu'il y avait, dans la portion inférieure du gros intestin, accumulation de matières fécales, que tout le petit bassin était occupé par un exsudat considérable qui avait complètement entouré le rectum, d'où iléus par action mécanique. On renonça, à cause de l'état désespéré, à tenter un anus contre nature. *Mort le 20 février.*

Trois figures annexées à ce travail font bien saisir la pathogénie des accidents.

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale, écrit l'auteur, qu'une mention de Spiegelberg sur les rétroflexions partielles dans la seconde moitié de la grossesse et *sub partu*. D'après lui, le traitement devrait être : tentatives de reposition, la femme étant en position genu-pectorale, dilatation de l'orifice externe, et efforts, en se servant de la pince de Muzeux, pour ramener le col au milieu du bassin. Mais dans le cas actuel, l'existence d'un diverticule utérin fixé par des adhérences exigeait une thérapeutique autre.

Pinard, Segond et Couvelaire ont rapporté un cas semblable (1) (suit le résumé de l'obs.) : « Ainsi dans ce cas de Pinard, etc., l'opération consista dans un Porro typique, tandis que je fus forcé, à cause de l'infection septique grave qui existait dans le mien, de pratiquer l'*extirpation totale de l'utérus parturient*. Par cette opération, les germes septiques furent, en fait, supprimés et la femme aurait sûrement guéri sans la nouvelle complication qui la tua malgré la deuxième laparotomie.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Modifications des indications en obstétrique (Indikationsverschiebungen bei der Geburtshilfe). A. Merman, *Saml. klin. Vorträge*, 1906, n° 425 (S. XV, Hft. 7). Breitkopf et Hartel.

Monographie intéressante, dans laquelle l'auteur montre la répercussion qu'ont eue en obstétrique, et surtout dans l'obstétrique des Maternités, des établissements bien fournis de chirurgiens habiles, d'assistants expérimentés, etc., les progrès accomplis antérieurement dans le domaine de la gynécologie et en général de la chirurgie abdominale... « Ces modifications des indications durant ces dernières années portent sur toute l'obstétrique, soit que des défauts de rapports entre le fruit et le bassin obligent à une intervention, soit que l'intervention soit exigée par des néoplasmes des organes génitaux (fibrome, cancer du col, etc.), des organes voisins (tumeur de l'ovaire, etc.), par des processus phlegmasiques (appendicite, pyosalpinx, pyélite, pyélonéphrite, etc.), par des anomalies de forme (malformations), de situation (rétroversion, variété de rétroversions récidivantes à l'occasion des grossesses, etc.), par lésion des organes génitaux (cicatrices d'anciennes ruptures, d'opérations antérieures...). » L'auteur discute, avec documents personnels à l'appui, les indications res-

---

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1903, p. 1.

pectives de l'accouchement prématuré — qu'il ne rejette pas absolument, — tout en reconnaissant qu'on doit tendre à réduire ses applications, la pubiotomie à laquelle il s'est rallié depuis le perfectionnement apporté par Doderlein, la césarienne; il s'occupe encore de la méthode de dilatation de Bossi, qu'il critique vivement, et termine son travail, dont ce résumé permet de suivre la portée générale, par un mot sur l'utilisation plus générale des anesthésiques pour alléger les souffrances de la parturition, en marquant les avantages constatés des injections de morphine-scopolamine.

R. L.

De la section paravaginale avec quelques cas démonstratifs (On paravaginal Section, with some illustrative cases). W. Sinclair, Londres, 1906, Sherratt et Hugues.

Cet article est surtout un plaidoyer chaleureux en faveur de l'extension des applications de la section paravaginale ou opération de Schuchardt, opération primitivement imaginée dans le but : *a*) d'élever le pourcentage de l'opérabilité contre le cancer de l'utérus ; *b*) d'obtenir des résultats éloignés meilleurs; *c*) d'éviter les dangers inhérents aux dissections effrayantes étiquetées hystérectomies abdominales; mais qui, indépendamment de ses avantages, dans ses applications premières, serait en particulier excellente « dans une classe de maladies non malignes, dans lesquelles le vagin est mal développé ou sénile, où la maladie a produit une masse néoplasique trop considérable pour être attaquée aisément par les méthodes vaginales usuelles. Dans ces cas, l'incision paravaginale fournirait un moyen aisé et relativement sûr de compléter l'hystérectomie et d'écarter l'alternative compliquée et dangereuse de la section abdominale ». Plus loin, l'auteur écrit : « Ces avantages peuvent être affirmés, même quand l'opération est dirigée contre le cancer, mais *quand on étend ses indications et qu'on l'applique à des cas, par exemple, de fibro-myomes avec complications annexielles, à des conditions pathologiques résultant de malformations dans des utérus mal développés avec vagins étroits, elle opère une véritable révolution dans la facilité et la sécurité avec laquelle l'hystérectomie peut être faite.* Toutes les objections qui lui ont été faites en tant qu'appliquée au cancer de l'utérus, tombent dès qu'on l'emploie à l'extirpation de l'utérus non atteint de dégénérescence maligne et même contre le cancer *du corps* de l'utérus chez des femmes nullipares. » Ces appréciations du professeur W. Sinclair sont justifiées par la relation de 6 cas intéressants dans lesquels il a utilisé heureusement l'opération de Schuchard :

1° et 2° Atrésie du col de l'utérus ; 3° fibromyomes multiples de l'utérus et rétroflexions; 4° fibromyome de l'utérus en voie de nécrose, sarcome de la paroi postérieure; 5° fibromyomes multiples de l'utérus; 6° dégénérescence maligne du col de l'utérus; pyométrie; fibromyome nécrosé. R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

STÉNOSE CICATRICIELLE DU COL

PUTRÉFACTION FŒTALE INTRA-UTÉRINE. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — GUÉRISON.

Par MM. **PINARD, SEGOND** et **COUVELAIRE** (1).

L'observation que nous rapportons est un exemple de dystocie créée par une sténose cicatricielle du col utérin sans atrésie de l'orifice externe, consécutive à des cautérisations intra-cervicales pratiquées dans un but thérapeutique.

Cette sténose s'est révélée au cours du travail, s'opposant à toute dilatation. La rupture prématurée des membranes, suivie au bout de 48 heures de la mort du fœtus, a permis l'infection de l'œuf et l'éclosion d'une putréfaction fœtale, qui dans le cas particulier a été extrêmement rapide. En l'espace de quelques heures sont apparus les signes généraux d'une infection putride grave avec physométrie et — fait reconnu par l'examen anatomique — une intense réaction inflammatoire de toute la paroi utérine (œdème inflammatoire, thromboses veineuses).

L'indication pressante de supprimer ce foyer d'infection putride ne pouvait, en raison de l'état du col, être réalisée que par l'hystérectomie, et l'état de l'utérus eut à lui seul suffi à légitimer son ablation.

Quant à la technique opératoire, M. Segond a donné la préférence à l'exérèse totale de l'utérus parturient, sans évacuation préalable de son contenu. L'intervention chirurgicale a été suivie de succès.

Mme X..., âgée de 39 ans, bien portante jusqu'à sa première grossesse, terminée par la naissance spontanée d'une fille vivante, actuellement âgée de 18 ans. Les suites de couches immédiates auraient été simples, mais depuis cette époque Mme X... a toujours souffert du ventre pendant et en dehors des règles, et a subi toute une série de traitements pour une « métrite compliquée de salpingite ».

Il n'y a pas eu de grossesse pendant cette période de 18 ans.

(1) Communication à la *Soc. d'obst., de gyn. et de pæd.*, séance du 12 novembre 1906.

En 1904, la persistance des douleurs pelviennes, pour lesquelles une intervention radicale avait été proposée, lui fit demander l'avis de M. Pinard.

M. Pinard la soumit à la balnéation vaginale bi-quotidienne avec de l'eau bouilie à 50°.

Le résultat du traitement fut aussi satisfaisant que possible, puisque non seulement les douleurs pelviennes disparurent, mais qu'une seconde grossesse survint. La dernière apparition des règles date du 14 février 1905. La grossesse évolua normalement. Pas d'albumine dans les urines. Développement régulier de l'utérus gravide. A 8 mois, la tête fœtale était engagée. Le toucher vaginal pratiqué à plusieurs reprises avant et pendant la grossesse n'avait révélé à M. Pinard aucune particularité du côté du museau de tanche. L'accouchement semblait devoir se passer dans des conditions favorables, d'autant que Mme X..., étrangère, parlant peu le français, n'avait su donner des détails explicites sur les traitements qui avaient été institués jadis, en particulier sur les cautérisations intra-cervicales répétées qui furent à plusieurs reprises pratiquées. Ce renseignement ne fut recueilli qu'au cours du travail.

Le 10 novembre 1905, à 7 heures du matin, rupture prématurée des membranes. A 9 heures, les constatations suivantes sont faites: liquide opalescent. Bruits du cœur bons. Par le palper la tête fœtale fléchie est engagée. *Le toucher vaginal n'est pas pratiqué.* Temp., 36°,6. Pouls, 72. Une injection vaginale à l'eau bouillie additionnée d'aniodol est donnée après savonnage de la vulve.

Pendant 48 heures la situation ne se modifie pas. Le liquide qui s'écoule de moins en moins abondamment n'est pas modifié. La température, prise matin et soir, ne dépasse pas 36°,8, le pouls 72.

Le 12 novembre, à 6 heures du matin, le pansement vulvaire est encore imbibé de liquide amniotique normal. Légères et irrégulières contractions utérines.

A 8 heures, le liquide est légèrement teinté de méconium.

A 9 heures, température 37°,2. Pouls, 80. Les bruits du cœur fœtal sont lents (environ 100). Le toucher vaginal ne révèle aucune modification du col, qui a toute sa longueur.

Une injection vaginale chaude (aniodol) est donnée après la toilette vulvaire.

A midi, température 37°,8. Pouls, 88. Légères et irrégulières contractions utérines. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

L'orifice externe du col est entr'ouvert; il admet facilement l'extrémité de l'index. L'orifice interne ne peut être reconnu, même après une exploration digitale attentive.

L'étiologie de cette sténose de la région de l'orifice interne put être immédiatement établie par l'interrogatoire, non seulement de Mme X..., mais de son entourage. La sténose était la conséquence des cautérisations répétées qui avaient été pratiquées autrefois, on ne sait malheureusement pas avec quel caustique.

Devant cette situation : enfant mort, début d'infection utérine, sténose cicatricielle du col, M. Couvelaire, qui assistait Mme X..., pensa que toute manœuvre de dilatation par les voies naturelles serait dangereuse et qu'une hystérectomie abdominale était indiquée.

L'état de la parturiente s'aggrave, d'ailleurs, rapidement.

A 3 heures, petits frissons ; température 38°,2 ; pouls, 104. Endolorissement permanent de l'utérus, qui offre une tension permanente. Physométrie.

M. Pinard confirme l'indication d'une hystérectomie urgente. La malade est transportée dans une maison de santé, et à 11 heures du soir, M. Segond, de concert avec M. Pinard, pratique l'hystérectomie abdominale. A ce moment la température était de 38°,6, le pouls à 124.

Laparotomie sous chloroforme pratiquée par M. Segond, assisté de M. Couvelaire. Hystérectomie abdominale par le procédé américain sans extraction préalable du fœtus. La section a porté en arrière sur le cul-de-sac vaginal postérieur, en avant sur la partie la plus déclive du segment inférieur, si bien que le col est resté avec le cul-de-sac vaginal antérieur au fond du petit bassin. C'est ce que démontre d'ailleurs l'examen de l'utérus pratiqué après l'intervention. Ligature à la soie des pédicules vasculaires. Fermeture du vagin par des points séparés. Surjet péritonéal discontinu pour enfouir les ligatures. Au moment de terminer la toilette péritonéale, un suintement sanguin continu des deux pédicules utéro-ovariens avec hématome sous-péritonéal dans la fosse iliaque nécessite une nouvelle ligature de ces pédicules. L'hémostase assurée, la paroi abdominale est suturée (un plan de sutures au fil d'argent). Trois gros drains sont laissés à demeure, un au fond de la cavité pelvienne, un dans chaque fosse iliaque. L'opération a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — État général grave pendant les deux premiers jours. Le pouls est resté au-dessus de 140, oscillant entre 140 et 150 pulsations. Température oscillant entre 38 et 39°. Pas de frissons.

Le 3ᵉ jour, la convalescence commençait. Le trajet de drainage pelvien est resté perméable pendant 2 mois, nécessitant des lavages journaliers à l'aniodol et à l'eau oxygénée, pour l'évacuation d'une sanie fétide. Au cours de la 4ᵉ semaine, point de côté, dyspnée et légère hyperthermie (38°,2) signalant l'apparition d'un petit foyer pulmonaire (probablement infarctus embolique). Guérison complète au bout de 2 mois.

Examen des pièces. — L'utérus était rempli de gaz fétides. Le fœtus enduit de méconium était en voie de putréfaction. Sexe masculin ; volume moyen (n'a pas été pesé). L'utérus et le placenta adhérent pesaient 2 kilogrammes. La paroi utérine est *œdématiée.* Les trompes et les ovaires ont leur aspect normal.

Examen histologique. — Cet examen a été pratiqué sur des fragments comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine au niveau de l'insertion placentaire et au niveau du segment inférieur. La paroi utérine est le siège d'une réaction inflammatoire avec œdème dissociant les faisceaux musculaires. Cet œdème atteint son maximum d'intensité au niveau du segment inférieur. Entre

les faisceaux musculaires et au niveau de la caduque existe une très abondante infiltration leucocytaire. Quant aux veines, elles sont en grand nombre oblitérées par des thrombus infiltrés de globules blancs.

La recherche des micro-organismes sur des coupes préparées à cet effet, sous le contrôle du docteur Morax, a été négative, aussi bien dans le muscle qu'au niveau du placenta. Il n'a pas été fait d'ensemencement des liquides putrides contenus dans l'œuf au moment de l'intervention.

Au cours de l'hystérectomie ainsi pratiquée sur l'utérus parturient, se présentent des difficultés réelles à réaliser l'hémostase des vaisseaux sanguins très volumineux. Il se fait assez souvent après la ligature un suintement sanguin et des thrombus, qui peuvent devenir de véritables foyers d'infection. Les vaisseaux ont de la tendance à glisser sous la ligature : ceci est particulièrement à redouter pour l'artère utéro-ovarienne. Aussi faut-il, lorsqu'on enlève par hystérectomie abdominale un utérus gravide, placer un catgut sur la continuité de l'artère utéro-ovarienne, à trois ou quatre travers de doigt de l'endroit où est posée la ligature oblitérant le vaisseau.

Quant à la technique de l'hystérectomie, elle dépend en pareil cas du degré d'habitude qu'a l'opérateur des interventions chirurgicales et des conditions matérielles dans lesquelles il se trouve.

Lorsqu'un chirurgien, ayant à sa disposition le matériel instrumental nécessaire, se trouve en présence d'une femme qui est dans les conditions où était notre opérée, il ne doit pas hésiter à recourir à l'hystérectomie abdominale totale, en prenant les précautions indiquées tout à l'heure au point de vue de la ligature des vaisseaux. Mais si des conditions inverses existent, conditions fréquentes dans la pratique obstétricale, c'est-à-dire s'il s'agit d'un médecin peu entraîné à la chirurgie et n'ayant qu'un matériel insuffisant sous la main, il fera mieux de recourir à la ligature élastique d'après le manuel opératoire de Porro, d'exécution plus facile.

DE L'AMPUTATION DU COL PENDANT LA GROSSESSE DANS LE CAS D'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE SA PORTION VAGINALE[1]

Par **M. POTOCKI**, professeur agrégé, accoucheur adjoint de la Maternité de Paris.

J'ai l'honneur de présenter à la Société la relation d'une amputation de la portion vaginale du col que j'ai pratiquée au cours de la grossesse.

Quoique aujourd'hui nous ne redoutions plus comme autrefois les interventions chirurgicales pendant la gestation, il n'en est pas moins vrai que la femme enceinte est toujours regardée comme un *noli me tangere* et qu'on craint pour elle les conséquences d'un traumatisme opératoire. Nous pensons toujours, avec Verneuil (2), qu'on ne doit opérer, en dehors des cas d'urgence, « que les affections qui, sans troubler la grossesse et sans être aggravées par elle, deviennent, au terme de cette dernière, cause de dystocie ». A ce titre, il n'est pas inutile de faire connaître les résultats heureux ou malheureux d'une intervention pratiquée dans l'état puerpéral : les faits heureux pourront engager les accoucheurs à entrer dans la voie opératoire, les faits malheureux les en détourneront, mais le résultat final n'en sera pas moins un progrès de la science obstétricale.

Au surplus, les cas de grossesse survenant chez des femmes atteintes d'allongement hypertrophique du col sont rares, il y a donc intérêt à ce qu'aucun document concernant ce sujet ne soit perdu, d'autant que la question est à l'ordre du jour, ainsi qu'en témoignent plusieurs travaux parus dans ces derniers temps sur l'intervention opératoire pendant la gestation.

Voici le fait qui m'est personnel.

Au commencement du mois d'avril 1900, j'examinai une femme qui se croyait enceinte et venait m'exposer ses craintes au sujet de l'évolution de sa

---

(1) Communication à la *Soc. d'obst., de gyn. et de pæd.*, séance du 13 octobre 1906.
(2) In PINARD, article « Grossesse », du *Diction. encyclopéd. des sc. méd.*, 1887.

grossesse et surtout de son accouchement. Cette femme était accouchée dix ans auparavant : l'accouchement s'était fait spontanément à terme, l'enfant était vivant et bien portant et les suites de couches avaient été absolument physiologiques. Jusqu'en 1898, cette femme s'était portée admirablement et n'avait jamais rien éprouvé d'anormal du côté des organes génitaux. Cependant, depuis

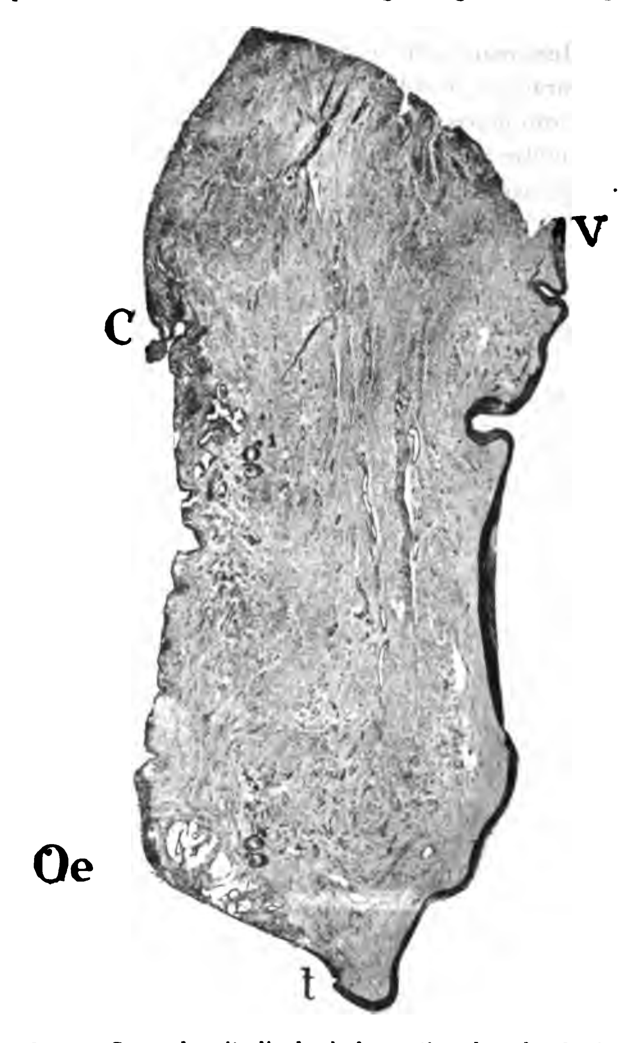


Fig. — Coupe longitudinale de la portion de col enlevée.
C, Côté correspondant à la cavité cervicale, avec *g*, *g'*, glandes dilatées ; — V, Bord correspondant au vagin ; — *t*, limite de l'épithélium stratifié ; — *Oe*, région de l'orifice externe.

deux ans environ, elle s'était aperçue de la présence à la vulve d'une tumeur, qui d'abord n'apparaissait qu'à intervalles après des efforts ou des fatigues, mais qui n'avait pas tardé à s'installer définitivement. Elle consulta un médecin, qui fit le diagnostic d'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col et lui conseilla de se faire opérer. Elle refusa, parce qu'elle ne souffrait pas et n'avait que peu de troubles, sauf une certaine gêne pour s'asseoir. La

menstruation était restée normale, aussi cette femme devint-elle inquiète quand ses règles se suspendirent, quoiqu'elle pensât que son infirmité la mettait à l'abri d'une grossesse.

A l'examen, je constatai que l'utérus remontait à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et que sa forme, ses dimensions et sa consistance étaient exactement celles d'un utérus gravide de 4 mois environ. Je perçus les mouvements actifs du fœtus, mais indistinctement les bruits du cœur.

A la vulve, apparaissait le col de l'utérus, gros, violacé, légèrement ulcéré, formant une saillie qui dépassait d'un centimètre environ le niveau des petites lèvres. Il ne pouvait être refoulé qu'avec difficulté dans le vagin et retombait aussitôt. Les culs-de-sac vaginaux avaient leur profondeur ordinaire, en sorte qu'il s'agissait très nettement d'une hypertrophie de la portion intra-vaginale du col de l'utérus. Il ne semblait pas qu'il y eût d'allongement sus-vaginal, car le segment inférieur s'étalait tout autour des culs-de-sac vaginaux et en particulier du cul-de-sac antérieur. Il n'y avait pas le moindre degré de cystocèle.

Je confirmai à la malade le diagnostic de grossesse, l'état anormal du col de l'utérus et la nécessité où elle était, à mon avis, de subir dès maintenant l'amputation du col, qui lui avait été conseillée par son médecin avant qu'elle fût enceinte.

Je pratiquai donc l'opération le 19 avril 1900, soit à 4 mois de grossesse. Anesthésie au chloroforme. Amputation du col à deux lambeaux, à un demi-centimètre au-dessous du niveau du cul-de-sac antérieur. L'amputation est faite *sans qu'il soit exercé de traction sur le col.* La portion de col enlevée mesure 7 centimètres de longueur. Il ne s'écoule presque pas de sang. Suture au catgut avec affrontement exact de la muqueuse utérine et de la muqueuse vaginale. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été absolument normales. La température n'a pas dépassé 37°. Il a été fait une injection de morphine de 1 centigramme matin et soir pendant les 3 premiers jours, suivant la pratique du professeur Pinard. L'opérée n'a jamais ressenti de coliques et elle n'a pas perdu de sang. Le 1er mai, j'ai constaté que les fils de catgut avaient disparu, que le col avait une situation normale, qu'il était perméable au doigt à l'orifice externe, et qu'il présentait quelques petites bosselures molles correspondant à l'intervalle des sutures. La malade s'est levée le 18e jour.

La grossesse s'est poursuivie ensuite sans incident. L'accouchement a eu lieu le 25 septembre. Rupture des membranes au début du travail, contractions énergiques ; après trois heures de douleurs, expulsion spontanée d'un garçon du poids de 3 kgr. 200, qui vit encore et est très bien portant.

J'ai revu cette femme ces jours-ci. L'utérus n'est pas hypertrophié, le museau de tanche fait une saillie d'un travers de doigt environ dans le vagin.

L'examen histologique de la portion de col enlevée a été pratiqué par M. Couvelaire. En voici les caractères principaux : Vascularisation plus grande

qu'on ne l'observe en général sur les cols hypertrophiés. Sclérose périvasculaire très accusée. Diminution du tissu musculaire. Hypertrophie relative du tissu conjonctif et du tissu fibreux. Glandes assez dilatées ; quelques petits kystes glandulaires.

Ainsi, chez une femme atteinte d'élongation de la portion vaginale du col préexistant à la grossesse et dont le col n'avait encore subi que le surcroît d'hypertrophie que lui imprime la gestation, j'ai extirpé la portion exubérante, pour rendre au col sa longueur normale et mettre la femme dans les conditions physiologiques. Ces conditions ont, du reste, été réalisées, puisque la malade n'a ressenti aucun trouble pendant le reste de la gestation et que l'accouchement s'est fait à terme, rapidement et spontanément. Elles l'ont été grâce à une opération sans gravité, et dont la seule complication à craindre était la possibilité d'un avortement; or, je savais ce qu'il fallait faire pour l'éviter.

L'opération m'avait paru justifiée par le désir où j'étais d'épargner à la malade les difficultés du travail si largement exposées dans la littérature.

Quelques cas de dystocie causée par l'hypertrophie de la portion vaginale du col.

Les recherches faites à ce sujet dans les livres me montrèrent que l'hypertrophie du col était très diversement appréciée par les auteurs au point de vue de la physionomie de l'accouchement : tandis que les uns, en effet, affirment que l'accouchement se fait bien, les autres s'étendent sur les accidents de la grossesse et sur les difficultés du travail, ainsi que sur les diverses interventions auxquelles la gravité de la dystocie peut conduire l'accoucheur.

Et d'abord voici un fait important observé dans le service de Schrœder et publié par Benicke (1), et dont l'intérêt vient précisément de ce qu'il s'agissait bien nettement d'une élongation de la portion vaginale du col, d'une élongation pure, sans complication ni de prolapsus, ni d'allongement sus-vaginal. Il mérite d'être rapporté en entier :

Le tissu du col, principalement dans sa portion vaginale, peut à ce point s'hypertrophier que le museau de tanche s'allonge énormément, qu'il fait hernie hors du vagin, ce qui produit le prolapsus utérin.

---

(1) Benicke, Dystocie causée par les parties molles du canal génital. *Zeits. f. Geb. unp Gyn.*, Bd. II, p. 240, 1878.

Ordinairement, il s'agit de femmes qui ont déjà accouché et chez lesquelles il y a un degré plus ou moins prononcé de prolapsus vaginal. Dans ces cas, il est de règle que l'hypertrophie du col n'oppose pas un obstacle sérieux à la marche de l'accouchement. Toutefois, on observe souvent, après que le col s'est effacé relativement vite, un arrêt dans la marche de l'accouchement causé par l'orifice externe devenu rigide à la suite d'un processus ulcératif. Mais si une femme, qui n'a pas encore accouché et qui est atteinte d'une *hypertrophie considérable en forme de pénis du museau de tanche*, *devient enceinte*, ce qui, à coup sûr, est assez rare, il est clair qu'il se produira *au moment du travail un obstacle insolite par suite de la rigidité des tissus*. Dans ce cas, *ce n'est pas seulement au niveau de l'orifice externe*, *mais dans toute la hauteur du col que se trouve l'obstacle.*

J'ai observé un cas semblable. Il s'agissait d'une femme de 28 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans et qui, depuis dix-huit mois, c'est-à-dire à peu près depuis l'époque de son mariage, avait un prolapsus génital. Les dernières règles dataient du commencement d'août 1876 et sa grossesse avait été normale. Le 7 mai 1877, apparurent les premières douleurs.

Comme le travail n'avançait pas malgré quelques incisions peu profondes pratiquées par un médecin appelé pour l'accouchement, on demanda du secours à la clinique d'accouchement et je vis la parturiente pour la première fois à midi.

De la vulve sortait une tumeur dure, rouge violacé, d'environ 15 centimètres de circonférence : en avant se trouvait l'orifice externe, perméable pour le doigt, et sur la lèvre postérieure une ulcération granuleuse. En introduisant le doigt dans le vagin, on constatait que le cul-de-sac antérieur aussi bien que le postérieur persistaient et avaient leur situation normale, de sorte qu'il s'agissait en somme d'une *hypertrophie de la portion vaginale du col* aggravée du fait de la grossesse et du travail. Le doigt rencontrait la tête du fœtus à 6 centimètres au-dessus de l'orifice externe.

J'ordonnai le transport de la malade à la clinique. On introduisit immédiatement dans le col un petit dilatateur de Barnes, qui fut remplacé au bout de quelques heures par un dilatateur d'un plus fort calibre. Malgré cela, la dilatation du col n'avança pas.

A 6 heures du soir, on fit donc, avec un bistouri, une incision de l'orifice externe vers la droite, mais en pénétrant très peu dans le canal cervical. En même temps, on pratiquait de fréquentes injections vaginales phéniquées, parce que l'écoulement commençait à devenir fétide.

Comme cette incision ne paraissait pas avoir produit d'effet, on fit à 11 heures et demie du soir, à droite et à gauche, deux profondes incisions du col de 5 centimètres de hauteur avec des ciseaux, puis on saisit la tête avec le forceps et on parvint, en allant très doucement, à dilater peu à peu le col, dont les lèvres s'appliquaient très intimement sur la tête et le forceps. Les incisions s'étendirent un peu vers le haut. L'enfant vivant, vigoureux, bien développé, pesait 3 kgr. 150.

Après l'accouchement, l'utérus fut irrigué avec la solution phéniquée, et les

lèvres des incisions spécialement touchées avec une solution concentrée d'acide phénique. Malgré cela, il se produisit une forte fièvre pendant les suites de couches ; le 8e jour, il se déclara des phénomènes de manie, qui nécessitèrent le transfert de la malade à la Charité, d'où elle sortit guérie.

Je n'ai pas trouvé dans la littérature, autant qu'ont pu porter mes recherches, ajoute Benicke, aucun fait se rapprochant de ce cas. Dans la monographie de Hüter (1) pourtant si riche, on trouve bien quelques cas chez les primipares, mais, dans les uns, il s'agissait d'autres variétés de prolapsus, dans les autres, la description n'est pas assez complète pour que nous sachions s'il y avait bien une hypertrophie simple du museau de tanche en forme de pénis, sans autre complication. Aussi peu documentée est la thèse de Litten (1869) sur le prolapsus gravide, dans laquelle, outre les cas de Hüter, il y a tous ceux qui ont été publiés jusqu'en 1869; elle ne contient pas non plus d'observations pareilles.

Je rapporterai encore le cas de Balocchi (2).

Chez une femme en travail depuis deux jours, Balocchi trouva un gros cône tronqué, pendant à la vulve et présentant à son sommet un orifice du diamètre de 1 franc. Sa couleur était d'un blanc rosé, ses parois épaisses d'un demi-pouce et d'une dureté semblable à celle du tissu cartilagineux.

Le col formait un canal de plus de 3 pouces de longueur; les culs-de-sac vaginaux étaient à leur place normale, d'où il résulte qu'il s'agissait d'un allongement avec dégénérescence fibreuse de la portion sous-vaginale du col.

L'auteur applique le forceps après incisions multiples du col : le tissu cria sous le bistouri et les ciseaux. La femme mourut.

Très analogues sont également les observations de Truzzi (3) et de Fleischmann (4), qui durent, après des incisions multiples du col, terminer l'accouchement par la perforation.

Je vous rappellerai aussi une observation qui nous a été présentée par nos collègues Ribemont-Dessaignes et Grosse le 11 juillet 1904. Il s'agissait d'un allongement hypertrophique du col, antérieur à la gestation, compliqué de prolapsus, pour lequel on dut pratiquer l'opération césarienne. Il semble bien que l'allongement appartenait à la portion vaginale du col, puisque les auteurs écrivent :

---

(1) HUTER, Ueber den Vorfall der Gebärmutter bei Schwangeren und Gebarenden. *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XVI.

(2) BALOCCHI, *Trattato di Ostetricia*, 1871, p. 600, d'après MISRACHI, *Archives de tocologie*, 1889, p. 101.

(3) TRUZZI, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1883, p. 648.

(4) FLEISCHMANN, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1885, p. 829.

Au toucher vaginal, le doigt tombe immédiatement sur une masse volumineuse, grosse comme une orange, qui occupe la grande partie du vagin. Cette masse est développée aux dépens du col utérin, et au centre le doigt pénètre dans l'orifice cervical. Le tissu est ferme, résistant, le canal cervical admet l'extrémité de l'index, qui est enserré par le tissu scléreux comme par un anneau rigide. Cette masse indurée est exactement limitée au col utérin; elle n'empiète pas sur le segment inférieur de l'utérus, ni sur le vagin dont les culs-de-sac sont souples.

Boni a publié (1) une statistique bien sombre sur les dangers de l'allongement hypertrophique du col au moment du travail. Les cas réunis par lui sont surtout d'origine italienne. Sur 16 accouchements, 15 fois on intervint : dilatation digitale, incision du col, extraction du fœtus, forceps, craniotomie, opération césarienne. Le tableau est peut-être plus noir que n'est la réalité, ce qui peut s'expliquer par ce fait que ce sont principalement les cas malheureux dont les accoucheurs ont publié les observations. Néanmoins, on est autorisé à dire que l'hypertrophie du col est loin d'être indifférente au point de vue de la marche du travail et de la vie du fœtus. Et c'est parce qu'il a été impressionné par sa statistique que Boni a pratiqué, lui aussi, au cours de la grossesse, l'amputation du col.

J'avais moi-même observé, il y a quelques années, un cas de dystocie grave par hypertrophie vaginale du col, et je vous demanderai la permission de vous le rapporter.

C'était à la Maternité de Cochin, où j'étais allé, dans le cours de l'année 1889, rendre visite à mon regretté maître Bouilly. Un médecin avait fait transporter la veille dans le service une femme qui était en travail depuis plus de 24 heures et dont la situation l'inquiétait. Les membranes s'étaient rompues spontanément au début des douleurs. L'enfant était mort. Le sommet se présentait, mais on n'arrivait sur la tête qu'après avoir parcouru un énorme col, de 10 centimètres de longueur environ. Les culs-de-sac vaginaux occupaient leur place normale, malgré le prolapsus que le col faisait à la vulve, en sorte qu'il s'agissait d'un allongement de la portion vaginale, qui faisait saillie à la vulve où elle formait une tumeur de 6 centimètres de diamètre. Sa consistance était telle qu'on ne pouvait songer à la dilater artificiellement à l'aide de ballons ou d'instruments métalliques. Force fut à Bouilly de faire aux ciseaux deux entailles profondes à droite et à gauche, comprenant toute l'épaisseur du col et toute la hauteur du cylindre cervical restant. Les deux valves cervicales ainsi

(1) *Bolletino della Societa toscana di ostetricia i ginecologia*, janvier-février 1902.

créées furent abaissées, puis écartées à l'aide de pinces de Museux et le canal dilaté avec les doigts. Il fut alors possible d'introduire le perforateur, puis les deux branches du basiotribe et d'extraire la tête par des tractions prolongées. Il ne s'écoula pas de sang par les incisions. Le col fut réparé par quelques sutures au catgut, et la femme guérit après des suites de couches fébriles. Je ne sais ce qu'il est advenu de son col, ni si plus tard on en pratiqua l'amputation.

Toujours est-il que les circonstances de cet accouchement me frappèrent et je me demandai si, en présence d'un cas d'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col observé dans le cours de la grossesse, il ne serait pas rationnel de pratiquer de suite l'amputation du col, afin de ne pas se trouver, au moment du travail, en face de difficultés semblables.

Dans le cas de Bouilly, le col était dur, ligneux, non dilatable, il criait pendant la section comme crie le col en dehors de la grossesse. Il semblait bien que cet état du col fût antérieur au travail, qu'il ne s'agissait pas d'un œdème contemporain de l'accouchement et, qu'en somme, le col ne s'était pas ramolli ou ne s'était ramolli qu'insuffisamment pendant la grossesse. Ce défaut de ramollissement pouvait reconnaître deux causes, d'abord la longueur excessive du col, qui n'avait pas permis aux phénomènes de ramollissement de s'étendre à la totalité du col cervical, et en second lieu l'état de sclérose du col. Dans ces cas de cols hypertrophiés, il y a, en effet, ainsi que nous l'avons vu Pilliet et moi, des lésions de sclérose à début périvasculaire qui envahissent le parenchyme cervical, l'indurent et lui enlèvent en partie sa souplesse. Si un col de longueur normale et sclérosé par le fait d'une rupture spontanée mal cicatrisée, d'une mauvaise réunion post-opératoire, ou d'une cautérisation intempestive, se dilate mal, n'est-on pas autorisé à penser qu'un col sclérosé et considérablement allongé éprouvera, lui aussi, de la difficulté à s'effacer et à se dilater pendant le travail ?

Coup d'œil sur la littérature classique relative à l'hypertrophie du col dans ses rapports avec la puerpéralité.

J'ai déjà dit que les recherches faites dans la littérature ne permettent pas de se créer une opinion nette relativement à la gravité de la grossesse et de l'accouchement dans les cas d'élongation du col. D'une part, en effet,

les observations sont prises incomplètement, d'autre part, il est visible que les auteurs n'ont pas adopté la même terminologie, en sorte que le même état du col est désigné sous des vocables différents, ce qui rend inutilisables beaucoup de ces observations. Tout semble être confondu : le prolapsus utérin, l'hypertrophie localisée à une lèvre du col, le prolapsus du col, l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale, l'élongation de la portion sous-vaginale, et enfin l'œdème du col concomitant de la grossesse et conduisant à l'hypertrophie. Lisez les observations publiées dans les monographies aussi bien que les chapitres ou paragraphes consacrés à la question dans les traités classiques, et vous vous convaincrez du défaut de précision des termes.

Il est certain qu'on abuse un peu trop du terme de prolapsus pour indiquer tous ces états pathologiques. Cependant, il n'y a pas autre chose qu'une analogie d'apparence entre le prolapsus ou la chute du corps de l'utérus et le fait que le col affleure ou dépasse la vulve.

En réalité, on peut ranger en 4 groupes les cas de prolapsus et d'hypertrophie du col observés pendant la grossesse et le travail :

1° Le prolapsus simple de l'utérus, dont le corps et le col sont normalement développés ;

2° L'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col;

3° L'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col ;

4° L'œdème du col, œdème aigu conduisant à l'hypertrophie du col.

Ces états pathologiques sont très différents au point de vue anatomique, mais ils peuvent exister simultanément chez la même femme. C'est ainsi qu'un utérus prolabé peut en même temps être atteint d'hypertrophie cervicale, et que cet utérus prolabé peut avoir ou non le col œdématié.

Le diagnostic différentiel de chacun de ces états est, du reste, d'une facilité élémentaire. Aussi serait-il désirable qu'on voulût bien ne pas les confondre les uns avec les autres dans les descriptions qu'on en donnera à l'avenir.

Le prolapsus simple de l'utérus est incompatible avec une grossesse de plus de 4 mois ; dès cette époque, il doit être réduit spontanément ou artificiellement, faute de quoi se produisent des accidents d'enclavement analogues à ceux de la rétroversion de l'utérus gravide. On a vu le prolapsus vrai s'accompagner d'œdème du col et, par suite, d'augmentation de volume de celui-ci ; mais l'œdème cervical disparaît dès que le prolap-

sus est réduit et le col reprend ses dimensions normales. Le prolapsus du corps de l'utérus ne saurait donc nous intéresser. Il faut dire cependant que l'élongation du col simule le prolapsus, mais la distinction entre ces deux états est facile à faire.

L'hypertrophie sus ou sous-vaginale du col peut préexister à la grossesse. Au congrès de Copenhague, en 1884, la question a été présentée pour la première fois avec netteté. Elle a été envisagée surtout, il est vrai, au point de vue du diagnostic. Néanmoins, à partir de ce moment, on commence à désigner sous leur véritable nom les modifications anatomiques du col qu'on peut rencontrer chez les femmes enceintes, au lieu de les désigner sous le nom générique et vague de prolapsus, qui indique seulement une partie de la lésion, c'est-à-dire l'abaissement de l'orifice externe du col. Howitz et Martin y ont rapporté des cas de grossesse chez des femmes qui souffraient antérieurement d'un allongement de la portion sus-vaginale du col ; mais il ne fut pas parlé de l'allongement de la portion vaginale. J'ajouterai que Howitz aussi bien que Martin attribuent à l'hypertrophie sus-vaginale du col un pronostic favorable relativement à l'accouchement.

L'œdème du col, l'œdème aigu du col des femmes enceintes, n'est pas comparable, quant à sa nature, aux allongements hypertrophiques antérieurs à la grossesse. Toutefois, les cols primitivement hypertrophiés peuvent, eux aussi, s'œdématier d'une façon aiguë au cours de la gestation et surtout dans les dernières semaines de celle-ci. L'œdème aigu du col n'est que l'exagération du phénomène physiologique de ramollissement du col. Mais il survient principalement à la suite d'efforts, qui repoussent le segment inférieur de l'utérus dans le bassin et entravent la circulation veineuse du col. Celui-ci devient violacé, hypertrophié, mollasse, œdémateux, et on le voit souvent saillir à la vulve sous forme d'un cylindre énorme, plus ou moins long, et qui peut atteindre jusqu'à 15 et 20 centimètres de circonférence. Le col est réductible dans le vagin à cause de sa mollesse et, après réduction, si la femme reste au repos, l'hypertrophie œdémateuse disparaît, quitte à se reproduire plus tard sous l'influence de nouveaux efforts.

Lorsque cet œdème s'installe chroniquement, le col reste allongé et ses parois durcissent, si bien qu'il en résulte une cause de dystocie, et c'est elle qui a été le plus souvent confondue avec l'hypertrophie du col. Mais, dans le cas d'œdème, le col reprend rapidement ses dimensions normales après l'accouchement. Ce sont les faits de ce genre qui ont

été bien étudiés par M. Guéniot, en 1872, dans son mémoire sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col (1), et dont Varnier a rapporté un très intéressant exemple, sous le nom d'œdème aigu du col de l'utérus gravide, dans la séance de notre Société du mois de mai 1902. Dans ce cas, les mouchetures pratiquées sur le col ont démontré la nature œdémateuse de cet allongement hypertrophique éphémère.

Ces cas d'œdème aigu du col ne comportent pas, en général, de pronostic grave, attendu que le col reste mou, dilatable, et qu'après un temps plus ou moins long, le fœtus passe spontanément ou est assez facilement extrait à travers le col, soit complètement effacé, soit dilaté dans toute sa hauteur sans effacement. Je n'en veux pour preuve que les faits personnels cités par M. Guéniot dans son mémoire, avec les cas anciens de Leroux (de Dijon) et de Cazeaux qu'il rapporte, les deux observations de M. Budin (2), l'observation de Tracou (3), le cas de Misrachi (4), caractérisé d'allongement aigu du col utérin, et enfin celui de Varnier.

On n'éprouve aucune hésitation à admettre que, dans ces cas d'œdème cervical, la marche du travail ne soit pas compromise, car il n'y a dans le gonflement du col qu'un accident momentané, lequel ne modifie que peu la souplesse du col et disparaît par le repos et la réduction. *A priori*, il peut en être tout différemment en cas de lésion cervicale antérieure à la grossesse, ces lésions étant caractérisées par la présence d'un excès de tissus et de tissus plus ou moins indurés par la sclérose. C'est ce que nous ont montré les observations que j'ai rapportées plus haut, c'est ce qui semble résulter aussi d'un rapide coup d'œil sur les classiques, encore que leurs opinions ne concordent pas toujours.

Huguier (5), dans le remarquable mémoire où il décrit les allongements hypertrophiques du col et les sépare du prolapsus, fait allusion aux rapports de l'hypertrophie longitudinale du museau de tanche avec la grossesse.

« Cette affection, dit-il, peut exister passagèrement pendant la grossesse et être le résultat de l'hypernutrition dont l'utérus est le siège à cette époque, mais, le plus souvent, on l'observe chez les femmes hors

(1) Guéniot, De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. *Archives générales de médecine*, 1872.

(2) Budin, *Leçons de clinique obstétricale*, 1889, p. 402.

(3) Tracou, *Archives de tocologie*, 1891, p. 755.

(4) Misrachi, *Archives de tocologie*, 1889, p. 96.

(5) P.-C. Huguier, Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus. *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIII, p. 285, 1859.

l'état de gestation... L'allongement de la portion vaginale du col peut être une cause de stérilité, surtout lorsque le col est très allongé, a une forme conique et fait saillie à la vulve... Cependant, Malgaigne me disait récemment qu'il connaissait une dame qui est devenue enceinte dans ces conditions. Il en fut de même chez les malades qui font le sujet des observations 1 et 5. »

Bouchacourt (1) ne fait que citer l'allongement hypertrophique du col, il en est de même de Stoltz (2), qui dit que la lésion n'a pas encore attiré l'attention des accoucheurs.

En 1873 (3), Schrœder écrivait :

« Une hypertrophie considérable du col peut faire croire à un prolapsus. Cette hypertrophie, précisément comme le prolapsus complet de l'utérus gravide, qu'on rencontre, du reste, extrêmement rarement, empêchera l'accouchement, surtout parce qu'elle entraîne des modifications de l'orifice. Cet orifice est le siège d'une inflammation chronique, il est endurci, si bien qu'il ne se dilate que très lentement et que l'on peut être obligé d'avoir recours aux incisions. »

M. Pinard (4) considère que le pronostic de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus pendant la grossesse est assez bon.

« Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte d'allongement hypertrophique de la portion vaginale, elle évolue jusqu'à terme, n'entraînant pour la femme qu'une sensation de pesanteur et quelquefois un certain degré de hernie du col qui apparaît au niveau de la vulve sous la forme d'une tumeur rouge et, dans certains cas, saignante et ulcérée. »

Il est dit dans le *Traité* de Tarnier (5) : « L'accouchement, dans les cas d'hypertrophie de la portion vaginale, présente une physionomie particulière. Le travail est pénible : le volume et l'épaisseur du col apportent un obstacle considérable à la dilatation, qui ne se fait qu'avec beaucoup de peine et de lenteur. Le pronostic peut devenir sérieux pour la mère, à cause de la marche particulière de l'accouchement qui rarement se termine d'une façon spontanée. Il est grave pour l'enfant, qui succombe fréquemment pendant un travail aussi prolongé.

« Le traitement pendant la grossesse est presque nul. Les femmes

(1) Bouchacourt, article « Dystocie », du *Diction. des sc. médicales*, 1884.
(2) Stoltz, article « Dystocie », du *Diction. de méd. et chir. prat.*, 1870.
(3) Schrœder, *Traité d'accouchements*, trad. Charpentier, 4e éd., p. 442, 1873.
(4) Article « Grossesse », du *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, 1887, p. 153.
(5) Tarnier et Budin, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 222, 1886.

devront autant que possible garder le repos, éviter toute fatigue et tout effort.

« Pendant le travail on pourra, si la dilatation ne se fait pas, la favoriser par l'introduction des doigts ou d'un ballon de Barnes dans la cavité du col. Si l'accouchement traîne en longueur et si la vie de l'enfant paraît compromise, on sera forcé d'avoir recours à des incisions sur le col, puis on fera rapidement l'extraction.

« En présence des difficultés qui peuvent survenir au moment de l'accouchement, lorsque le col hypertrophié est long, épais, induré, Schrœder recommande de faire l'amputation du col au début de la gestation, et l'a pratiquée une fois avec succès au 3e mois, et la grossesse a continué son cours. »

M. Maygrier (1) écrit quelques années plus tard, dans le même traité :

« Quand le col est hypertrophié, l'accouchement peut se terminer de diverses manières. Parfois il a lieu spontanément, la dilatation ayant pu se faire d'une façon suffisante. Mais souvent aussi le col résiste, et on doit intervenir par des incisions multiples et plus ou moins profondes, suivant les cas.

« Ces incisions ne sont même pas toujours suffisantes pour créer une voie au fœtus ou pour permettre de l'extraire avec le forceps : Truzzi et Fleischmann ont rapporté chacun une observation où ils ont dû, après de nombreuses incisions restées sans effet, terminer l'accouchement par la perforation du crâne. »

Charpentier (2) ne distingue pas les diverses variétés d'hypertrophie du col.

« Elles deviennent souvent la cause d'une dystocie plus ou moins sérieuse. Les débridements du col et la terminaison hâtive de l'accouchement sont quelquefois nécessaires. Schrœder a été plus loin et a conseillé l'amputation du col au début de la gestation. Malgré le succès remporté par Schrœder, puisque la grossesse a continué son cours, nous reculerions devant un traumatisme aussi sérieux, et nous préférerions attendre le moment de l'accouchement pour intervenir. »

Pour P. Müller (3) : « Les hypertrophies du museau de tanche n'ont d'intérêt qu'au point de vue de l'accouchement. Le museau de tanche est-il hypertrophié en totalité, l'accouchement peut se faire normalement,

(1) Maygrier *in* Tarnier et Budin, *Traité d'accouch.*, 1898, t. III, p. 420.
(2) Charpentier, *Traité d'accouchements*, t. I, p. 888, 1889.
(3) P. Müller, *Handbuch der Geburtshülfe*, t. II, p. 841, 1889.

quand ce museau de tanche n'est pas en même temps induré. Mais, même dans ce dernier cas, l'accouchement peut être normal, quand l'induration s'est ramollie par suite de l'infiltration séreuse de la grossesse ou par une infiltration séreuse contemporaine du travail. En général, il n'y a de troubles de l'accouchement que quand l'induration n'a pas disparu. La résistance que l'orifice externe oppose à la dilatation peut être tout à fait considérable. Malgré des contractions énergiques, il peut, en effet, se produire un arrêt dans les progrès du travail et la mort du fœtus, ou bien il se forme des hématoses dans les lèvres du col et dans les tissus environnants. Les ruptures de l'utérus semblent se produire rarement.

« Si la dystocie tient à la rigidité de l'orifice externe, il est indiqué de pratiquer de nombreuses incisions précoces. Si la stricture siège dans les parties supérieures du col, on peut rechercher la dilatation avec les injections chaudes, l'introduction de dilatateurs, etc. En général, on n'arrive pas au but avec ces moyens, car pour obtenir, une terminaison plus rapide de l'accouchement, on arrive presque toujours à se voir obligé de pratiquer la craniotomie, à laquelle on procédera d'autant plus volontiers qu'ordinairement, par suite de la longueur du travail, le fœtus a succombé. »

Fritsch (1) est opposé aujourd'hui à toute intervention.

« Les descriptions anatomiques de l'hypertrophie de la portion vaginale manquent, par suite de la grande rareté des cas où il existe une hypertrophie si considérable que la portion vaginale se trouve devant la vulve. *J'ai enlevé par la galvano-caustique une portion vaginale semblable*, et j'ai constaté, outre un développement vasculaire considérable, des glandes très développées, larges et s'étendant très profondément.

« Pendant la grossesse, le traitement consiste en injections de propreté. A l'accouchement, j'ai observé plusieurs fois la disparition complète de la longue portion vaginale. L'effacement se produisit, comme pour un col ordinaire. Depuis que j'ai constaté cela, je m'abstiens de toute intervention. S'il s'agit d'une hypertrophie de la portion vaginale seule, sans participation de la partie supérieure du cervix, cette partie s'efface suffisamment par les contractions utérines. Malheureusement, je

(1) Fritsch, *Traité clinique des opérations obstétricales*, traduction française. Paris, 18[?]2. p. 215.

n'ai pu faire d'observation sur la marche ultérieure de l'affection. Les patientes se soustrayaient au traitement. »

Il semble résulter de ce texte que Fritsch a amputé le col de l'utérus pendant la grossesse, et qu'il a renoncé à cette intervention.

Dans la 13e édition du livre de Schrœder publiée par Olshausen et Veit (1), il est dit, au chapitre du prolapsus utérin pendant la grossesse :

« En général il s'agit d'une hypertrophie de la portion supra-vaginale du col. Cependant Schrœder a vu, dans deux cas, la grossesse coïncider avec une hypertrophie propre de la portion vaginale du col. L'un de ces cas a été publié par Benicke. Dans l'autre, Schrœder pratiqua, dans le troisième mois de la grossesse, l'amputation de cette portion vaginale extrêmement hypertrophiée et allongée, sans que le cours de la grossesse en fût interrompu. »

Dans le traité récent de Winckel, au chapitre du *Prolapsus utérin* écrit par Braun-Fernwald, nous ne trouvons rien de précis concernant l'hypertrophie de la portion vaginale du col (2).

Enfin, dans leur dernière édition (1904, p. 607), Ribemont-Dessaignes et Lepage écrivent :

« L'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col apporterait-il un obstacle sérieux au moment de l'accouchement? S'il existe quelques difficultés, elles ne sont point en tout cas suffisantes pour justifier la conduite de Schrœder, qui a pratiqué, avec succès d'ailleurs, l'amputation du col au début de la gestation.

« Pas plus que l'hypertrophie sus-vaginale, l'hypertrophie vaginale du col n'entrave la grossesse. L'accouchement est normal, sauf la possibilité d'une certaine rigidité au moment de la dilatation... Le traitement est habituellement nul pendant la grossesse. Cependant, pour éviter la rigidité au moment de la dilatation, Schrœder a pratiqué l'amputation du col au début de la gestation. »

Les cas d'amputation du col utérin pendant la grossesse.

De cette revue des classiques, il résulte que les accidents sont assez fréquents et qu'on est par conséquent autorisé à intervenir pour les éviter. On est donc en droit d'agir dès la grossesse.

(1) Olshausen und Veit, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1899, p. 469.
(2) Von Winckel, *Handbuch der Geburtshülfe*, t. II, 1904, p. 358.

C'est ce qui a été fait par Schrœder, ainsi qu'il appert des citations précédentes. Schrœder intervint au 3e mois de la grossesse, il amputa la portion vaginale exubérante du col; la grossesse alla à terme et la femme accoucha bien. Je n'ai pas trouvé d'indication plus explicite au sujet de cette opération. Dans le travail de son élève Benicke (1878), cité plus haut, et qui a trait à la dystocie causée par les parties molles du canal génital, il n'est pas encore fait mention de cette opération. Peut-être y a-t-il quelques détails plus précis dans la thèse de Harlin (1), mais je n'ai pu me la procurer à la Bibliothèque de la Faculté, où elle manque.

La citation que j'ai faite d'après Fritsch semble indiquer que cet auteur a pratiqué l'amputation du col chez une femme enceinte; faute de détails, je n'y ferai pas d'autre allusion.

Un second cas d'amputation du col pendant la grossesse est dû à Rapin, de Genève (2). Il s'agissait d'une femme enceinte de deux mois, atteinte d'hypertrophie de la portion vaginale du col qui mesurait 6 centimètres de longueur et sortait de 3 à 4 centimètres hors de la vulve. Un pessaire n'ayant donné aucun résultat, Rapin pratiqua l'amputation circulaire du col, à 3 centimètres au-dessus du museau de tanche, après ligature provisoire du col. Suture au catgut. La femme guérit et la grossesse poursuivit son cours.

Muggia publia un autre cas heureux d'amputation au cours de la grossesse (3). La femme qui fait l'objet de la communication, avait eu ses dernières règles du 15 au 20 décembre 1895, quand elle entra à la clinique de Tibone, à Turin, le 21 février 1896. A ce moment il y avait issue à la vulve d'une portion du col. La profondeur du cul-de-sac antérieur était de 50 millimètres, celle du cul-de-sac postérieur de 75 millimètres. D'abord, on fit un traitement aux tampons, puis des attouchements au chlorure de zinc. Enfin, comme le col ne diminuait pas de volume, on pratiqua l'amputation de la portion vaginale par le procédé de Schrœder, le 31 mars, c'est-à-dire à la fin du 3e mois. La femme quitta l'hôpital le 1er avril. Il ne se produisit pas d'avortement.

Hansson (4) rapporte trois cas d'amputation du col au cours de la grossesse, parmi les faits intéressants de la clinique d'Helsingfors. Chez ses malades, le museau de tanche avait une longueur de 7 centimètres.

(1) Harlin, *Zur Casuistik der Amputation cervix Uteri in der Schwangerschaft*. Thèse de Tubingen, 1879.

(2) *Société vaudoise de médecine*, mars 1894, in *Revue médicale de la Suisse romande*.

(3) *Rivista di ostetricia, ginecologia e pediatria*, 1897, n° 7, p. 209.

(4) Hansson, *Zentralblatt für Gynækologie*, 1903, n° 39, p. 1169.

Il s'agissait nettement d'hypertrophie véritable du col et non d'œdème primitif. La grossesse se termina une fois à terme, une fois prématurément, une fois par avortement. Hansson attribue l'avortement à la coexistence d'une endométrite. Malheureusement je n'ai pu avoir de renseignements plus circonstanciés sur ces cas.

Boni (1) a observé une femme chez laquelle il y avait un allongement hypertrophique du col avec prolapsus. La saillie du col augmenta quand cette femme devint enceinte, et au 5e mois de la grossesse, le col dépassait la vulve de deux travers de doigt et mesurait à son extrémité libre 15 centimètres de circonférence. La portion intra-vaginale du col avait une longueur de 4 centimètres. Les culs-de-sac vaginaux étaient normaux. Le col fut amputé sur une longueur de 3 centimètres. Suites opératoires heureuses. L'accouchement se fit spontanément à terme ou presque à terme, l'enfant pesait 2.850 grammes. Le prolapsus se reproduisit 8 jours après l'accouchement.

Voici résumés les résultats de ces interventions :

Schrœder, 1 cas : accouchement à terme.

Rapin, 1 cas : il n'y eut pas d'avortement.

Muggia, 1 cas : il n'y eut pas d'avortement.

Hansson, 3 cas { accouchement à terme. / accouchement avant terme. / avortement.

Boni, 1 cas : accouchement à terme.

Potocki, 1 cas : accouchement à terme.

Tout nous fait penser que les femmes opérées par Rapin et Muggia menèrent leur grossesse à terme. Quant aux deux opérées citées par Hansson, dont l'une accoucha prématurément et l'autre fit un avortement, il nous faudrait avoir, avant de porter un jugement, des détails circonstanciés sur ces malades, détails que nous n'avons pu nous procurer.

En résumé, les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident : quatre femmes accouchèrent à terme, une accoucha prématurément, une avorta, chez deux enfin la grossesse poursuivit son cours.

Il en résulte que l'ensemble des faits est loin d'être décourageant et qu'il nous autorise à persévérer dans cette voie.

---

(1) *Bolletino della Societa toscana di ostetriciae ginecologia*, 1903, p. 134.

Examen critique de l'amputation prophylactique du col. Conditions opératoires.

C'est un principe de ne jamais pratiquer d'opération sur une femme enceinte, à moins qu'il n'y ait indication pressante. En sorte que les interventions pendant la grossesse ne sont justifiables que si elles sont faites :

1° Pour parer à des accidents ou complications qui menacent directement la vie de la femme ;

2° Pour éloigner une cause d'avortement ;

3° Pour supprimer une cause de dystocie ultérieure, si toutefois l'opération est bénigne et facile.

C'est dans ce troisième groupe d'indications que rentre l'amputation du col pendant la grossesse.

On peut m'objecter que pratiquer, au cours de la grossesse, l'amputation de la portion vaginale hypertrophiée du col, c'est faire une opération non seulement inutile, mais encore dangereuse.

L'amputation du col n'est pas nécessaire. — Elle n'est pas nécessaire, dira-t-on, parce que les femmes qui ont une hypertrophie du col accouchent en général bien ; et que, si elles ne peuvent accoucher, on sera toujours à temps d'intervenir pendant le travail.

Examinons ces deux points :

Je répondrai d'abord que les femmes n'accouchent pas toutes très bien, puisque c'est précisément le cas malheureux observé par moi qui m'a fait envisager les avantages d'une amputation prophylactique au cours de la grossesse. J'ai rapporté d'autres cas de dystocie et on pourrait évidemment en trouver encore. La question se réduit donc à un pourcentage de la fréquence de la dystocie qu'il est difficile d'établir.

Au surplus, dans les observations publiées, il n'est pas toujours exactement spécifié — et j'y ai déjà insisté — s'il s'agit d'un allongement de la portion sus-vaginale, d'un allongement de la portion intra-vaginale ou d'un simple œdème du col. J'ai rappelé que les cas d'œdème aigu, d'allongement aigu du col sont relativement favorables. Il ne faut donc pas qu'ils entrent dans une statistique relative aux allongements hypertrophiques de la portion vaginale, dont ils atténueraient singulièrement le pronostic. Aussi ne devons-nous envisager que les cas d'hypertrophie existant manifestement avant la grossesse ou persistant après l'accouchement. Or ce sont ces cas dont le pronostic est relativement sérieux.

L'œdème aigu de la grossesse et du travail n'est pas du tout compa-

rable, comme nature, à la rigidité secondaire du col, à cette rigidité par infiltration de sérosité et de sang dans les tissus du col, qui s'établit pendant l'accouchement sous l'influence de causes diverses, et que nos collègues Bouffe de Saint-Blaise et Wallich ont bien étudiée. En ce cas, le col devient dur, ligneux, non dilatable et souvent se déchire, on pourrait dire qu'il se brise.

Si la dystocie est rare dans l'hypertrophie sus-vaginale, ainsi qu'il résulte des affirmations de Howitz et de Martin, il ne faut pas oublier que le pronostic en est assombri au point de vue du fœtus par la fréquence relative de l'interruption prématurée de la grossesse. Sur cinq cas, Martin, en effet, constate trois accouchements à terme, un avortement et un accouchement prématuré à six mois. Et cela doit entrer en ligne de compte, pour montrer que le pronostic n'est pas absolument bénin. La fréquence de ces avortements est de même ordre que la fréquence des avortements à la suite de nos amputations cervicales.

On peut dire que si les accidents se produisent au moment du travail, il sera toujours temps d'intervenir. Autrement dit, il ne faut pas pratiquer d'opération prophylactique pendant la grossesse.

S'il s'agissait simplement de la mère, on pourrait à la rigueur accepter cette objection. Mais il y a encore l'enfant. Or, nous savons que s'il existe un obstacle à la dilatation, le travail dure longtemps, les membranes se rompent prématurément, le fœtus souffre et souvent succombe avant que le col n'en permette l'extraction. Tout travail de ce genre est donc marqué d'une inconnue au point de vue de la vie de l'enfant, et l'accoucheur n'a aucune possibilité de prévoir la nature de l'intervention à laquelle il pourra être obligé de recourir pour accoucher la femme. Le fait de supprimer, dès la grossesse, l'état pathologique met au contraire à l'abri de cette incertitude, tant pour l'enfant que pour la mère.

Que faire, en effet, au cours du travail si, le col n'étant pas dilatable, l'enfant vient à souffrir?

Inciser le col et appliquer le forceps, dira-t-on. Je l'accorde, car, si les incisions n'ont pas à dépasser la zone dangereuse du col, c'est-à-dire la portion vaginale, il n'en résultera aucun dommage. Mais encore faut-il que la partie supérieure du col soit complètement effacée. Et puis, l'enfant ayant souffert, sait-on si on l'aura vivant?

Enfin, n'est-il pas évident qu'on se verrait obligé de pratiquer l'opération césarienne, comme dans les dystocies par rigidité pathologique, si, la dilatation n'étant pas suffisante pour permettre de faire impunément

des incisions profondes, l'enfant commençait à souffrir? D'ailleurs si l'on hésitait à pratiquer l'hystérectomie, il n'y aurait d'autre ressource qu'à attendre la mort de l'enfant et à l'extraire après craniotomie.

L'accouchement peut donc se compliquer gravement. Aussi ne paraît-il pas irrationnel de chercher à épargner aux malades les aléas d'un accouchement dont l'issue peut être douteuse, et cela grâce à une opération que j'estime être sans danger, si elle est pratiquée dans les conditions et avec les précautions que j'ai exposées et que je vais redire.

L'amputation du col pendant la grossesse est dangereuse. — Examinons maintenant la question de gravité. Y a-t-il danger à amputer, au cours de la grossesse, la portion vaginale hypertrophiée du col?

Y a-t-il un danger pour la femme ? Aucun, bien entendu, si l'opération est pratiquée selon les règles. Même si, contre toute attente, l'avortement se produisait, le pronostic n'en saurait être grave, car l'œuf dilatera sans aucune difficulté le col fraîchement coupé.

Faut-il penser que la cicatrice de la section cervicale opposera un obstacle à l'accouchement? Je n'ai pas oublié que M. Pinard nous a appris les dangers que font courir aux femmes en couches les cicatrices résultant d'opérations pratiquées sur le col de l'utérus. Toutefois, nous savons que le tissu cicatriciel inextensible qui est cause de la dystocie est produit par des réunions défectueuses, comme, par exemple, quand on a omis d'affronter exactement la muqueuse vaginale et la muqueuse du col, lorsque, par suite d'une faute d'asepsie, la réunion s'est faite par seconde intention ou enfin quand on a abandonné dans le col des fils non résorbables, qui provoquent une inflammation chronique aboutissant à la formation du tissu fibreux. En dehors de ces circonstances, la réunion se fait par première intention et les bords du nouvel orifice créé restent souples et extensibles. C'est pourquoi je recommande d'affronter exactement les deux muqueuses et d'employer le catgut comme matériel de suture. Dans ces conditions, on n'a rien à redouter et l'objection tombe d'elle même.

Mais s'il n'y a pas de danger pour la femme, il y en a pour l'enfant, parce que l'opération pratiquée pendant la grossesse expose à l'avortement. Et alors on ne saurait admettre que, pour faciliter la naissance d'un enfant à terme, on expose cet enfant à être expulsé avant l'époque de sa viabilité.

Il est certain que toute intervention, quelle qu'elle soit, pratiquée

pendant la grossesse, peut provoquer des contractions utérines qui aboutissent à l'expulsion de l'œuf.

Cette objection n'arrête cependant pas l'accoucheur qui juge urgent d'enlever un appendice enflammé, un fibrome sous-péritonéal, un kyste ovarique ou une trompe tordus, etc., ou encore un polype fibreux ou muqueux du col qui se complique d'hémorragies et de douleurs, toutes opérations pratiquées sur les voies génitales, susceptibles, en conséquence, de provoquer l'interruption de la grossesse. On réduit également, après laparotomie, l'utérus en rétroversion enclavé dans le bassin, dans les cas où la réduction par les voies naturelles est reconnue impossible.

Toutefois, je ne saurais oublier qu'il s'agit, en l'espèce, d'opérations urgentes, et qu'on peut envisager comme essentiellement conservatrices de la grossesse, en ce sens que, si on ne les pratiquait pas, la vie de la femme ou l'avenir de la grossesse serait en péril. Mais quand on procède, dès les premiers mois de la grossesse, à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire qui n'est encore la cause d'aucune gêne ni d'aucun accident, il est certain qu'on pratique une opération qui n'a aucun caractère d'urgence. Néanmoins, elle est absolument légitimée par le désir d'éviter des complications pour l'avenir, soit dans l'évolution de la grossesse, soit dans le cours du travail ou des suites de couches. Or, il est indubitable que les complications ne se produisent pas fatalement. Si donc j'applique les mêmes principes à l'hypertrophie du col, je serai autorisé à dire que l'opération au cours de la grossesse est destinée à éviter des accidents possibles pendant le travail, et en tout cas à mettre la femme dans des conditions meilleures que si la même opération devait être pratiquée au cours de l'accouchement.

Il y a donc, si je puis dire, des précédents très justifiés aux opérations prophylactiques portant sur le col pendant la grossesse.

Conditions opératoires. — L'amputation du col étant admise, encore faut-il la pratiquer dans les meilleures conditions possibles pour éviter l'avortement. Ces conditions tiennent à l'époque de la grossesse où elle est pratiquée, à certains détails de technique et au traitement des suites opératoires.

L'opération a été pratiquée à la fin du 4e mois, de propos délibéré, car nous savons que c'est vers le 3e et le 4e mois que les opérations, les laparotomies en particulier, exposent le moins à l'avortement.

Enfin, obéissant aux préceptes du professeur Pinard, j'ai eu recours aux injections de morphine pendant les jours qui ont suivi l'intervention.

Ces injections ont si bien endormi l'excitabilité de l'utérus qu'il n'y a eu aucune réaction douloureuse, ni la moindre contraction utérine.

L'amputation prophylactique du col est donc justifiée, à mon avis, au même titre que l'ablation d'un kyste de l'ovaire qui ne détermine encore aucun accident. Objectera-t-on qu'une opération pratiquée directement sur l'utérus, comme l'amputation du col, sera plus susceptible d'être suivie d'avortement que l'opération qui porte sur l'ovaire, c'est-à-dire à distance de l'utérus? Ce n'est pas certain.

L'amputation de la portion vaginale du col intéresse l'utérus, mais une portion de l'utérus inactive, peu vasculaire, peu riche en fibres nerveuses, qui, dans le cas d'hypertrophie, est seulement surajoutée à la partie du col destinée physiologiquement à fermer l'utérus. *A priori*, son ablation partielle n'aura donc pas grand retentissement sur le corps utérin. Mais il est évident que, pour rester innocente, l'opération doit être exécutée dans des conditions telles que le corps de l'utérus ne subira qu'un traumatisme minimum. Il est donc nécessaire de pratiquer l'amputation pour ainsi dire *in situ*, sans tiraillements sur le col, sans élongation, par conséquent, de la portion sus-vaginale du col, ni du segment inférieur. Agir avec brutalité, tirer fortement sur le col pour en amener à la vulve l'insertion vaginale, ce serait exercer indirectement une élongation de l'isthme utérin et du segment inférieur, élongation qui pourrait évidemment être suivie, non seulement d'une excitation des fibres musculaires de l'utérus, mais encore du décollement du pôle inférieur de l'œuf dont l'avortement serait peut-être la conséquence. C'est un détail de technique opératoire de première importance.

L'amputation du col doit également ne porter que sur la portion vaginale exubérante. C'est dire qu'il faut laisser environ 1 centimètre du museau de tanche. Amputer plus haut, au ras des culs-de-sac et surtout dans la continuité de la portion sus-vaginale du col après avoir décollé les insertions du vagin, ce serait pratiquer une opération non justifiée pour le cas d'hypertrophie de la portion intra-vaginale. L'opération serait non seulement injustifiée, mais encore dangereuse, d'abord parce qu'elle réduirait le col à une longueur moindre que celle du col normal, ce qui exposerait plus tard à l'accouchement prématuré, en second lieu parce que le traumatisme opératoire serait de plus longue durée et porterait sur une région plus voisine de la zone dangereuse de l'utérus, c'est-à-dire de l'orifice interne et du segment inférieur. Mais il s'agirait alors d'accidents causés par des fautes de technique, et les cri-

tiques dont celles-ci seraient justiciables ne pourraient s'appliquer à une opération au cours de laquelle les fautes de technique ne doivent pas se produire.

Le décollement circulaire du vagin et l'amputation du col portant sur la portion sus-vaginale ne sauraient trouver place que dans les cas d'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, affection qui diffère topographiquement de l'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col dont je m'occupe exclusivement ici. J'ajouterai même que si je considère, jusqu'à plus ample informé, comme une opération innocente l'amputation du museau de tanche, je ne crois pas pouvoir en dire autant de l'amputation sus-vaginale. Elle nécessiterait, en effet, la ligature de forts pédicules vasculaires, le décollement du vagin, de la vessie et quelquefois du péritoine. Donc, traumatisme utérin inévitable, trouble de la circulation dans les artères utérines et vaginales, dont le retentissement sur l'utérus et l'œuf ne saurait être sans danger.

Conclusions

Autant donc je critiquerais une amputation sus-vaginale, autant, d'autre part, je crois pouvoir dire que l'amputation, au cours de la grossesse, de la portion intra-vaginale du col hypertrophié est indiquée ou au moins acceptable.

Cette opération expose évidemment à l'interruption de la grossesse, mais je crois que l'avortement sera exceptionnel si on choisit pour époque de l'intervention le 4e mois, si on opère avec les précautions de technique que j'ai indiquées et ayant recours ensuite aux injections de morphine.

L'amputation du col n'est pas suivie de rétraction cicatricielle du col, si elle est faite aseptiquement et si on a pris soin d'affronter exactement les muqueuses vaginale et intra-cervicale, en sorte qu'il n'y aura aucun obstacle à la dilatation de l'orifice au moment de l'accouchement.

Enfin elle met à l'abri des complications du travail qui peuvent résulter d'un effacement trop lent ou impossible du col.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL PENDANT LA GROSSESSE

Par le docteur **SAUVAGE** (1)

Au moment où se multiplient les publications concernant la dystocie par allongement hypertrophique du col, et son traitement prophylactique, il nous paraît intéressant de relater dans quelles conditions, et par quel mécanisme, l'accouchement *s'est terminé spontanément, dans un cas d'élongation du col.*

Il s'agissait d'une femme, âgée de 41 ans, n'ayant rien présenté de particulier jusqu'à sa seconde grossesse.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement, elle eut ses premiers rapports à 22 ans et devint enceinte quelques mois après. Cette première grossesse évolua et se termina, dans des conditions normales, en 1888.

Seconde grossesse en 1890. Les règles étaient supprimées depuis cinq mois, lorsque la femme s'aperçut, pour la première fois, de l'issue d'un corps dur et charnu à travers la vulve. Cette tumeur se montra d'abord par intermittences, à intervalles de quelques jours ; elle finit par rester constamment hors des organes génitaux, pendant les deux derniers mois de la grossesse. Une sage-femme diagnostiqua un prolapsus de l'utérus gravide, et déclara que l'accouchement ne serait pas influencé par cette complication. L'évènement justifia le pronostic ; après un travail de 15 heures environ, l'enfant naquit vivant et à terme. Pendant les suites de couches, le soi-disant prolapsus diminua considérablement, et tout se passa sans incidents.

Les années suivantes, la tumeur, qui s'était évaginée pendant la grossesse, resta visible à l'orifice vulvaire. Le port d'un bandage en T, comme moyen de contention, des envies un peu plus fréquentes d'uriner, et un écoulement séro-purulent abondant et constant, étaient les seules incommodités qui résultaient pour la femme de son infirmité. Aussi rejeta-t-elle l'opération, qui lui fut proposée à plusieurs reprises.

Il est cependant probable que les conditions étaient devenues défavorables pour la fécondation, car, le procréateur étant le même que pour les grossesses précédentes, c'est seulement après quinze ans de stérilité, qu'une nouvelle gros-

(1) Communication à la *Société d'obst., de Gyn. et de pæd.* Séance du 12 novembre 1906.

sesse survint. Les règles apparurent pour la dernière fois au mois de novembre 1905.

Pendant la grossesse, et particulièrement à partir du 4e mois, la tumeur augmenta progressivement de volume et fit une saillie de plus en plus manifeste hors des parties génitales. En même temps, la marche devenait gênée et fatigante, et les troubles urinaires s'accentuaient.

Le 30 août, cette femme venait me consulter, sur le conseil d'un de mes collègues, qui jugeait une intervention nécessaire. Après avoir pris l'avis de M. Lepage, qui suppléait alors M. Pinard, pendant les vacances, je lui conseillai d'entrer à la clinique Baudelocque, ce qu'elle fit le jour même.

Par la vulve saillait une tumeur assez régulièrement cylindrique, rouge



FIG. 1.— Saillie du col hypertrophié à travers la vulve (dessinée d'après moulage).

violacé, insensible à la pression, et mesurant 4 centimètres de longueur, sur 18 centimètres de circonférence maxima. Comme on peut s'en rendre compte sur le dessin fait d'après moulage (fig. 1), elle portait à son extrémité libre et à gauche une fente transversale, de 22 millimètres, dont les bords évasés laissaient apparaître une muqueuse rouge rosé, plissée en bourse. L'autre extrémité de la tumeur se perdait dans l'orifice vulvaire, et se continuait directement avec le col de l'utérus, par un pédicule plus mince, mesurant 14 centimètres de circonférence, et autour duquel s'insérait la paroi vaginale.

Les culs-de-sac vaginaux étaient conservés, mais de profondeur inégale : l'antérieur mesurait 19 millimètres seulement, le droit 60 millimètres, le gauche 72 millimètres, le postérieur 80 millimètres.

En pratiquant le toucher, on pouvait suivre à travers la paroi vaginale, un cylindre régulier, volumineux, ayant presque la largeur de deux doigts, remontant haut dans l'excavation et représentant la portion sus-vaginale du col très augmentée dans toutes ses dimensions.

Les rapports qui existaient entre la tumeur extra-génitale, le col, les culs-de-sac vaginaux et l'orifice vulvaire, sont reproduits schématiquement dans les deux figures ci-dessous, représentant l'une (fig. 2) une coupe antéro-postérieure, l'autre (fig. 3) une coupe transversale, suivant le canal cervical. On y voit, en parti-

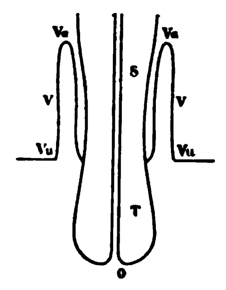


FIG. 2. — Schéma d'une coupe sagittale passant par le canal cervical et les culs-de-sac antérieur et postérieur.

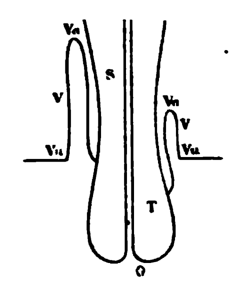


FIG. 3. — Schéma d'une coupe frontale passant par le canal cervical et les culs-de-sac latéraux.

Va, Vu, bords de l'orifice vulvaire. — *V, V*, paroi vaginale. — *Va, Va*, culs-de-sac vaginaux. — *O*, orifice utérin. — *T*, portion du col saillante hors de la vulve. — *S*, portion sus-vaginale du col.

culier, que les insertions du vagin sur le col étaient sensiblement dans le plan de l'orifice vulvaire, sauf en avant (fig. 2), où la paroi vaginale antérieure débordait et faisait un prolapsus partiel, qui engainait sur une petite étendue la partie haute de la tumeur.

L'enfant était vivant, et se présentait par l'extrémité céphalique.

En présence de ces constatations, je portai le diagnostic d'allongement hypertrophique du col. Après avoir pris conseil de M. Lepage, je répondis au médecin qui m'avait adressé la malade, qu'il n'y avait pas lieu à intervention, et nous laissâmes évoluer la grossesse, en mettant la femme au repos complet au lit.

Pendant les jours suivants, nous pûmes observer que la portion du col saillante à la vulve, continuait à augmenter de volume, au point que, 8 jours avant l'accouchement, elle atteignit 52 millimètres de long et 22 centimètres de circonférence. Cette hypertrophie était surtout due à une infiltration et à un œdème superficiels, qui donnaient à la tumeur une consistance pâteuse.

Le fond de l'utérus était à 29 centimètres au-dessus du pubis, et il n'y avait toujours pas d'accommodation pelvienne, lorsque les premières contractions utérines douloureuses apparurent, le 19 septembre, à 8 heures du matin. A

chaque contraction, on voyait les bords éversés de l'orifice utérin se rapprocher, la muqueuse qui les tapissait prendre une coloration pâle, et disparaître dans la profondeur du col, en même temps qu'un peu de mucus s'écoulait. A 11 heures, les douleurs se succédant régulièrement, je pratiquai le toucher intra-utérin. Après avoir traversé l'orifice, largement perméable, le doigt pénétrait à frottement dans un canal à parois épaisses et résistantes, et dont la partie supérieure s'évasait en entonnoir ; les membranes, tendues par les contractions, étaient accessibles à 11 centimètres au-dessus de l'orifice.

Le travail fut long et pénible. Les membranes se déchirèrent à midi. Il fallut 20 heures de douleurs régulières et énergiques, pour que le col s'effaçât, sous la pression de la tête. Après une période de dilatation de 5 heures, au bout de laquelle l'orifice n'était encore ouvert que comme une paume de main, le travail se termina brusquement, et en quelques minutes, par l'expulsion d'un enfant vivant, pesant 2.400 grammes. Le placenta ne pesait que 300 grammes.

Après la délivrance, la lèvre antérieure du col, œdématiée, faisait seule saillie hors de la vulve ; le toucher permit de constater l'existence d'une déchirure de la commissure gauche du col, mesurant 4 à 5 centimètres de long.

Dès le lendemain de l'accouchement, le col qui était remonté dans le vagin pendant le travail, reparut à la vulve. Il y était encore, mais très diminué de volume, lorsque la femme quitta le service, un mois après l'accouchement, sans avoir jamais présenté d'élévation de température.

J'ai revu cette femme, le 4 décembre ; elle n'est pas plus incommodée qu'avant sa grossesse, bien que le col fasse encore une saillie de 1 centimètre environ, hors de la vulve, et que l'hystérométrie donne 12 centimètres comme hauteur de la cavité utérine. L'enfant est allaité au sein par sa mère. Il est bien développé.

Dans ce cas, le diagnostic d'allongement hypertrophique du col s'imposait ; la confusion avec le prolapsus de l'utérus était difficile. Comme MM. Lepage et Bouffe de Saint-Blaise voulurent bien le constater avec moi, les culs-de-sac vaginaux étaient conservés : la portion sus-vaginale du col remontait haut dans l'excavation ; en l'absence de toute accommodation pelvienne, le corps de l'utérus occupait le grand bassin et la cavité abdominale.

La préexistence des lésions du col à la grossesse, leur permanence et leur accentuation progressive pendant la gestation, permettaient de conclure qu'il s'agissait bien de l'allongement hypertrophique vrai, décrit par Huguier, et non pas de l'œdème aigu du col, décrit par Guéniot, et dont M. Varnier rapporta ici même un exemple. L'œdème permanent, constaté sur la partie du col saillante hors de la vulve, était sans doute un fait accessoire ; et il serait inutile d'en parler, s'il n'avait eu une influence marquée sur la marche de l'accouchement.

Les deux segments du col étaient hypertrophiés, mais d'une façon différente et inégale. La partie sous-vaginale était surtout hypertrophiée dans le sens de l'épaisseur, au point d'atteindre 22 centimètres de circonférence. La partie sus-vaginale était, au contraire, plus particulièrement augmentée dans ses dimensions verticales. La muqueuse ridée et rouge clair des culs-de-sac vaginaux, se continuait avec la muqueuse lisse et violacée du museau de tanche, suivant une ligne circulaire, affleurant l'orifice vulvaire, à 4 centimètres en moyenne au-dessus de l'orifice utérin. D'où, une longueur minima de 7 centimètres pour la portion sus-vaginale du col, en admettant que la hauteur totale du col, pendant la grossesse, ne dépassât pas 11 centimètres, mensuration fournie par le toucher intra-cervical *pendant le travail.*

Pendant le travail, la volumineuse tumeur, qui faisait saillie hors de la vulve, remonta peu à peu, et finit par rentrer complètement dans le vagin, tandis que le long segment sus-vaginal du col s'effaçait et que la tête progressait. Ce fut la reproduction, à une grande échelle, du mécanisme normal de l'effacement du col, par ascension autour du pôle inférieur de l'œuf et par descente de ce pôle dans le canal cervical. Mais ici, il fallut beaucoup plus de temps que normalement, en raison sans doute de l'énorme élongation du col, et probablement de modifications dans sa structure. Il fallut vingt heures de travail régulier de l'utérus, pour arriver à l'effacement complet. Si nous ne nous étions point armés de patience, nous aurions pu croire à l'impossibilité de cet effacement spontané et à la nécessité de recourir à une intervention.

L'œdème du col a joué un rôle important, pendant la période de dilatation. Limité à la partie saillante hors des parties génitales, il alla en diminuant, à mesure que cette partie évaginée disparaissait à travers la vulve. Mais les tissus restèrent cependant tellement infiltrés que, l'orifice étant dilaté comme une petite paume de main, la lèvre antérieure du col reparut à la vulve, sous l'aspect d'un bourrelet volumineux et dur. A chaque contraction, la tête qui sollicitait le plancher pelvien et avait déjà terminé sa rotation, faisait saillir davantage ce bourrelet, qui la masquait du dehors et semblait être le dernier obstacle à son expulsion. A un moment, le col se déchira, et le travail, qui durait depuis plus de vingt-quatre heures, se termina en quelques minutes.

Nous n'avons guère pu retrouver, dans la littérature, de renseignements précis sur *le mécanisme de l'effacement et la marche du travail, dans les cas d'allongement hypertrophique du col.* Cela tient à ce que,

dans les auteurs déjà un peu anciens, et même dans quelques-uns de récents, il y a une confusion regrettable entre l'élongation du col et le prolapsus de l'utérus. Mais cela tient aussi à ce que les auteurs modernes qui ne sont pas tombés dans cette erreur, semblent avoir oublié que l'accouchement peut se terminer spontanément, lorsque le col est hypertrophié, et ont fait de l'intervention opératoire une règle presque sans exception.

J'ai recueilli 17 observations récentes, assez précises pour que le diagnostic d'allongement hypertrophique ne puisse prêter à aucune discussion, ni à aucune confusion avec l'œdème aigu décrit par Guéniot (Barnes, de Argenta, Wells, Smith, Muggia, Sangregorio, Truzzi, Sirtori, Boni, même Vanverts, Charles, Cromm, Aalasmer).

Une seule fois, l'accouchement y est noté comme s'étant terminé spontanément. Dans les seize autres cas, des interventions plus ou moins sérieuse sont été pratiquées pendant le travail : dilatation manuelle du col, incisions du col, amputation du col, forceps, craniotomie, deux fois même l'opération césarienne.

A lire ces observations et les commentaires qui les accompagnent, il semble que l'allongement hypertrophique du col commande l'intervention.

Comme le fait est habituel, ce sont surtout les cas dans lesquels on a été aux prises avec de graves difficultés, pendant le travail, qui ont été publiés.

De plus, dans un certain nombre des observations rapportées, on est intervenu dès le début du travail ; et cependant, ces cas, ont été mis à la charge de la dystocie par élongation du col, sans que l'on se soit demandé si les contractions utérines n'auraient pas terminé spontanément l'accouchement. Que deviendra le traitement opératoire de la dystocie par élongation du col, quand ces causes d'erreur auront été évitées ?

Déjà Martin, en 1881, et Howitz, en 1884, au Congrès de Copenhague, ont signalé qu'ils n'avaient jamais observé de complications graves, pendant le travail, dans les cas d'allongement du segment sus-vaginal du col. Mais les observations qu'ils ont apportées à l'appui de leurs assertions, ne peuvent suffire à entraîner la conviction ; l'élongation sus-vaginale, qui y est signalée, était en général trop peu marquée, pour entraîner d'autres difficultés que celles du diagnostic.

Beaucoup plus probants sont les faits de Barnes, Clivio, Scarlini et quelques autres, établissant que l'accouchement peut se faire spontané-

ment et dans de bonnes conditions, malgré une élongation considérable du col.

Pour notre part, nous nous contenterons d'avoir versé au débat un nouveau document démontrant que : *il ne faut point se hâter d'intervenir pendant le travail, même si le col présente un allongement hypertrophique considérable ; en y mettant de la patience, on peut avoir de véritables surprises et voir l'accouchement se terminer spontanément.*

Cela nous permet de mettre en doute l'opportunité de l'amputation du col, proposée et pratiquée pendant la grossesse, par des accoucheurs convaincus que l'allongement hypertrophique est une cause inévitable de dystocie et d'interventions graves pendant l'accouchement. Confiants dans l'innocuité des interventions sur le col de l'utérus gravide et dans l'efficacité des injections de morphine pour prévenir l'interruption de la grossesse après l'opération, Rapin, Boni et Muggia ont réséqué, à diverses époques de la gestation, des fragments de col, longs de 3 à 6 centimètres ; la grossesse évolua jusqu'à terme et l'accouchement se fit dans de bonnes conditions. Dans la dernière séance, M. Potocki a rapporté un succès de ce genre, qui lui était personnel, et un autre tiré de la pratique de Schrœder. Les résultats immédiats n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. Sur trois opérations de ce genre, pratiquées dans le service d'Engström, à Helsingfors, et brièvement rapportées par Hansson en 1902, dans un seul cas la grossesse évolua jusqu'à terme, dans les deux autres, l'intervention amena l'avortement et l'accouchement prématuré. Du reste, les résultats immédiats seraient-ils constamment favorables, qu'il y aurait encore lieu de se demander quel serait l'avenir de ces femmes, opérées en pleine période d'activité génitale, et exposées à redevenir enceintes, avec un col présentant du tissu cicatriciel ancien.

FAIT CLINIQUE

HÉMATOCOLPOS AVEC HÉMATOMÈTRE

Par le docteur **A. DELÉTREZ.**

L'hématocolpos accompagné d'hématomètre est un fait très rare. J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer, dans le courant de juillet de cette année, le cas suivant :

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans et demi, sans aucun antécédent héréditaire en rapport avec l'anomalie qu'elle présente.

La menstruation a toujours fait défaut, et depuis quatre ans environ la malade ressent tous les mois des douleurs dans les régions hypogastriques, iliaques et mammaires, douleurs assez aiguës et nécessitant chaque fois le repos au lit pendant plusieurs jours.

Depuis trois ou quatre mois, le ventre a augmenté sensiblement de volume, les douleurs sont presque continues, mais avec exacerbations périodiques ; l'état général est très satisfaisant, la miction est normale et la constipation habituelle.

Le palper abdominal nous fit constater l'existence d'une tumeur médiane, globuleuse, rénittente, peu mobile, remontant au-dessus de l'ombilic.

L'examen des organes génitaux externes nous démontra l'imperforation du vagin, mais sans aucune saillie de l'hymen ; les grandes et petites lèvres, le clitoris ont une conformation normale.

Le méat urinaire est œdématié, variqueux et présente l'aspect d'un bourrelet hémorrhoïdaire ; le cathétérisme vésical indique que la vessie est refoulée vers la droite.

Après les précautions antiseptiques d'usage, je pratiquai sur l'hymen une incision verticale s'étendant du méat urinaire à la fourchette ; cette incision ne donnant lieu à aucun écoulement, j'introduis l'index dans l'ouverture pratiquée et je rencontrai un obstacle assez résistant formé par une membrane obstruant le tiers inférieur du vagin. Je fis avec l'extrémité du bistouri une boutonnière au centre de cette membrane et aussitôt s'écoula 3 litres environ d'un liquide visqueux de couleur chocolat, en même temps que se produisait l'affaissement

du ventre, qui me permit de constater l'existence du globe utérin, qui diminua progressivement de volume.

Je dilatai l'ouverture à l'aide des doigts et je pus arriver ainsi jusqu'au col utérin ; celui-ci est ramolli et laisse pénétrer facilement la première phalange de l'index.

La dilatation fut continuée pendant quinze jours ; la première menstruation s'établit quatre semaines après l'intervention et depuis lors, cette fonction fut régulière. J'ai revu l'opérée il y a un mois, donc trois mois environ après l'intervention, l'involution de l'utérus était complète.

L'hématocolpos est presque toujours congénital ; il résulte d'un vice de développement des organes génitaux externes atteignant presque toujours l'hymen seul, qui est imperforé, mais qui peut s'étendre aussi à la partie inférieure du vagin, comme nous l'avons observé dans le cas qui nous occupe.

Il peut cependant être consécutif à des traumatismes divers ou à des lésions inflammatoires des organes génitaux externes laissant derrière eux des rétrécissements plus ou moins étendus. Winternitz cite le cas d'une femme âgée de 62 ans, opérée d'un hématocolpos survenu à la suite d'une vaginite adhésive ulcéreuse d'Hildebrand.

On retira 8 centimètres cubes d'un sang liquide, couleur chocolat, qui s'était collecté dans le tiers supérieur du vagin.

L'hématocolpos évolue lentement ; à chaque époque menstruelle, le sang s'accumule dans le vagin, qui se distend dans tous les sens et arrive à donner naissance à une masse kystique pouvant atteindre l'ombilic et même dépasser cette région, comme nous l'avons observé chez notre opérée. Cette distension peut amener, comme toute tumeur abdominale, la compression des organes du petit bassin et produit le déplacement en haut de l'utérus, qui constitue le point le plus saillant de la tumeur formée par la rétention du sang menstruel.

A chaque période des règles, la malade éprouvera des douleurs, mais sans écoulement sanguin. Tout au début l'ensemble des symptômes peut faire croire au médecin et à l'entourage à l'établissement laborieux de cette fonction physiologique.

Bientôt les douleurs s'accentuent, le ventre augmente insensiblement de volume et l'examen fait découvrir l'anomalie des organes génitaux.

Quand l'hématocolpos s'étend à l'utérus et qu'il se produit un hématomètre, le sang peut envahir les trompes et donner naissance à un hémato-salpinx, ou s'épancher dans la cavité péritonéale et déterminer des accidents graves, parfois mortels.

La rupture de l'hématocolpos peut se faire par le vagin et donner lieu à une amélioration momentanée, mais tous les symptômes réapparaissent bientôt si l'on n'intervient pas.

D'autres fois elle a lieu dans la cavité péritonéale (péritonite, septicémie) ou même dans l'intestin ; on cite quelques cas très rares de cette complication.

Enfin, le liquide sanguin peut s'infecter et donner lieu au pyocolpos, même sans qu'il y ait eu avec l'extérieur communication spontanée ou consécutive à une intervention chirurgicale.

L'extension de l'hématocolpos à l'utérus est exceptionnelle ; elle commence par une dilatation de la cavité du col utérin qui s'étend peu à peu à toute la cavité du corps et arrive à former une poche unique que l'on peut confondre avec une grossesse ; dans le cas d'hématomètre concomitant, l'hymen ne fait pas saillie comme dans les cas d'hématocolpos simple ; cette saillie fait également défaut dans les cas d'imperforation due à des rétrécissements plus ou moins élevés du vagin.

Le diagnostic est, en général, facile à établir : les douleurs périodiques avec aménorrhée, le développement du ventre et l'examen des organes génitaux externes ne laisseront aucun doute sur cette affection.

Parfois, cependant, l'hématocolpos est dû à des adhérences situées dans une partie plus ou moins élevée des parois vaginales, ce qui fait que les organes génitaux externes semblent normaux à la vue et qu'un examen plus attentif s'impose, afin de se rendre compte de la difformité et éviter des erreurs de diagnostic.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, les accidents de septicémie consécutifs à l'intervention chirurgicale dans l'hématocolpos sont beaucoup moins à redouter. L'opération consiste dans l'incision des parties imperforées, suivie ou non d'autoplastie.

Cette opération, simple en général, peut cependant donner lieu à des accidents sérieux (ouverture de la vessie ou du rectum) ou présenter des difficultés, surtout dans les cas d'atrésie consécutive à des traumatismes graves (brûlures, accouchements, etc.).

Dans ces cas, si une dissection étendue est nécessaire pour atteindre le sac, il sera préférable d'opérer par la voie abdominale, d'inciser le sac et de le marsupialiser, ou même de pratiquer l'hystérectomie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 mai 1906.

M. G. LEPAGE. — **De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire post-abortum** (1).

M. DELBET. — Dans les avortements précoces, l'examen digital de la cavité utérine n'est pas absolument nécessaire et la curette suffit à évacuer l'utérus ; tandis que, pour les avortements tardifs, je crois que l'introduction du doigt est nécessaire pour s'assurer que la cavité utérine est vide. Dans un cas j'avais fait moi-même un curettage instrumental, je considérais l'opération comme terminée ; je fis alors un examen digital et je retirai un gros fragment placentaire. Il faut poser comme règle absolue de toujours combiner l'examen digital et le curettage instrumental.

M. HARTMANN. — Tous, nous avons été témoins de faits identiques à ceux qui viennent de nous être relatés. Je vous en citerai un, en particulier, où, 48 heures après un curettage de l'utérus, une malade expulsa spontanément un placenta à peu près entier, dont la curette n'avait pas décelé la présence.

Je crois cependant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre les cas. Si la curette est insuffisante, si elle expose à méconnaître des placentas même entiers dans des utérus de grossesse avancée, cas où le curage digital permet non seulement de reconnaître la présence d'un placenta, mais encore de l'effondrer et de l'enlever par morceaux, il n'en est pas de même pour les avortements de grossesses au début. Dans ces cas, dans les avortements si fréquents des deux premiers mois, outre que l'introduction du doigt n'est pas toujours facile, la curette est excellente, parce que l'utérus, qui n'est pas encore ramolli, lui fournit un plan solide et résistant qui permet à son action d'être beaucoup plus efficace. En pareils cas la curette me semble supérieure au doigt, mais il n'en est pas de même lorsque la grossesse a évolué un peu plus longtemps, alors nous sommes d'accord avec Lepage et nous pensons que l'exploration et le curage digital de la cavité utérine sont nécessaires.

M. ROUTIER. — Il m'est arrivé récemment un fait semblable : une femme très anémiée par une forte hémorragie fut curettée par l'interne, qui termi-

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, juin 1906.

nait son année d'internat et avait pratiqué par conséquent un grand nombre de curettages dans des cas analogues. Je vis cette femme le lendemain, elle perdait du sang; le surlendemain le suintement sanguin continuant, je fis un nouveau curettage et j'enlevai le placenta qui était resté dans l'utérus. Lorsque cet organe est assez dur pour donner le cri utérin, le curettage instrumental est suffisant; si l'utérus est mou, le curage digital paraît préférable.

M. Pozzi. — Je crois qu'il faut toujours combiner l'examen digital et le curettage. Quand au cri utérin, je suis d'avis que le rechercher est dangereux dans un utérus gravide; pour ma part, je ne le recherche jamais. Les utérus après un avortement ou un accouchement sont assez ramollis pour qu'il y ait un danger à exercer une pression au niveau de leur paroi.

M. Routier. — Dans mon service où l'on fait surtout des curettages pour les cas d'hémorragie, on recherche le cri utérin chaque fois qu'il s'agit d'une grossesse des trois premiers mois et je n'ai jamais observé d'accident.

M. Wallich. — Les accoucheurs sont d'accord depuis longtemps pour reconnaître la nécessité d'opérer avec le doigt l'évacuation de l'utérus, en cas de rétention post-abortum. Nos collègues chirurgiens font encore à ce sujet une restriction, et, tout en reconnaissant l'utilité du curage digital, ils recourent à la curette pour les rétentions des deux ou trois premiers mois.

Il est préférable même dans cette période d'évacuer l'utérus avec le doigt. Sans doute il n'est pas toujours aisé d'introduire un doigt ou deux doigts dans la cavité utérine, pendant les premiers mois de la grossesse, mais, il y a un tel avantage à procéder ainsi, qu'on peut prendre son temps et commencer par dilater à la laminaire ou, en cas d'urgence extraordinaire, avec les bougies de Hégar. L'intervention, du reste, ne comporte que très exceptionnellement une urgence telle qu'elle ne supporte pas les délais utiles pour provoquer une dilatation suffisante. L'hémorragie commandant l'évacuation des débris de l'œuf est plutôt dangereuse par sa persistance ou ses répétitions que par sa brusque abondance. Ces hémorragies brusques et abondantes se montrent au cours des interventions faites à la curette, quand celle-ci dilacère le tissu placentaire.

Nous avons depuis longtemps, en commun avec M. Pinard, insisté sur cette insuffisance de la curette : nous avons même fait dessiner, dans notre livre sur « Le traitement de l'infection puerpérale », la cavité d'une femme morte peu après un curettage pratiqué par l'un de nous. On peut voir par l'examen de cette figure tout ce qu'on peut laisser dans l'utérus, après le curettage le plus soigneux et le plus consciencieux.

La curette n'est donc pas un instrument pour pratiquer la délivrance, à quelque période de la grossesse que ce soit; il faut que celle-ci soit faite avec le doigt, après dilatation préalable.

M. Lepage. — Je suis heureux de voir que tous ici nous sommes d'avis qu'on ne peut affirmer l'évacuation complète d'un placenta retenu dans l'utérus après un avortement qu'autant qu'on a exploré, avec un ou deux doigts, toute la surface de la cavité utérine.

Je suis d'autant moins éloigné d'admettre la distinction établie par Hartmann pour la conduite à tenir dans les utérus gravides de moins de deux mois et dans ceux de plus de deux mois, que j'ai eu soin, dans mon travail, d'insister sur les services rendus par la curette dans les cas de rétention partielle de l'œuf dans les sept ou huit premières semaines.

Ce n'est pas seulement parce que la paroi utérine est encore plus résistante que la curette peut plus facilement en racler toute la surface, mais c'est aussi parce que la forme de la cavité utérine n'est pas encore très modifiée et que les faces de l'utérus n'ont pas encore pris la courbure que l'on observe un peu plus tard. Cependant, si mon collègue Hartmann veut bien relire mon observation n° IV, il verra qu'il s'agissait d'une femme qui était à peine enceinte de deux mois, et chez laquelle du placenta a été laissé par l'instrument deux fois par mon interne et une fois par moi-même, et cependant je pensais que le suintement sanguin répété qu'on observait était dû à une rétention très partielle de cotylédons : c'est le curage digital qui, seul, a permis de décoller les débris placentaires logés dans une corne de l'utérus. Notre collègue Wallich m'a rappelé que presque tous les accoucheurs reconnaissaient la supériorité du curage digital : j'avais eu le soin de l'indiquer au début de cette communication, qui avait surtout pour but de montrer par des faits à quels incidents désagréables on s'expose lorsqu'on se contente du curettage instrumental. C'est avec raison qu'il a insisté sur la possibilité, dans presque tous les cas, de faire précéder d'une dilatation lente le curage digital ; c'est pour n'avoir pas suffisamment suivi cette conduite prudente, que dans l'observation XII j'ai été fort inquiété par les accidents alarmants qu'a présentés la malade.

M. Mauclaire. — **Suppuration d'un fibrome utérin consécutivement à une fausse couche avec fièvre.**

X..., âgée de 32 ans, entre, le 22 février 1906, à l'hôpital Dubois. Dans les antécédents, fausse couche il y a cinq ans. Cette jeune femme a toujours été bien réglée, sans métrorrhagie ni ménorrhagie. Les dernières règles dateraient du mois de janvier.

15 *février*. — Pertes de sang très abondantes avec caillots et fausses membranes, après manœuvres abortives probablement. Depuis, les pertes sont assez abondantes.

22. — A l'examen de l'abdomen, je note une grosse tumeur, du volume du poing, au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane et collée contre l'utérus. Elle a une consistance ligneuse. A sa partie supérieure, elle est bien distincte de ce que je crois être le fond de l'utérus. Le col est mou, entr'ouvert. L'utérus paraît repoussé à gauche. La tumeur et l'utérus forment une masse qui occupe tout le petit bassin et déborde la symphyse à droite comme je l'ai indiqué ; pas de fièvre.

La malade est tenue en observation, car je ne sais pas si la fausse couche est faite.

25. — Expulsion d'un fœtus de 2 mois.

28. — Expulsion de caillots. La température monte à 39°, persiste les jours suivants.

2 *mars*. — Curettage utérin, qui ramène peu de débris placentaires. La cavité utérine est déviée à gauche. Avec l'hystéromètre on se dirige à gauche, indépendamment de la grosse tumeur, dont le volume et la consistance ne diminuent pas.

Les jours suivants, la malade a des oscillations de température très grandes, en rapport avec une suppuration très abondante s'écoulant par l'orifice du col utérin. Une tige Mouchotte est mise dans l'utérus, mais chaque fois que l'on touche à celui-ci, la température s'élève. La malade ne peut supporter la tige.

6 *avril.* — La température descend à la normale. La tumeur para-utérine présente toujours les mêmes caractères. Il n'est plus possible de penser à un utérus non régressé. L'abondant écoulement du pus phlegmoneux et verdâtre persiste.

26. — Laparotomie exploratrice. Je trouve un utérus fibromateux très volumineux, asymétrique. La moitié droite est très déformée par un fibrome interstitiel. Sur le fond même de l'utérus on voit s'insérer un petit fibrome sous-péritonéal pédiculé et du volume d'une mandarine. Les annexes sont saines.

Hystérectomie supra-vaginale. Les suites opératoires ont été régulières.

A l'ouverture de la cavité utérine, on voit que celle-ci est légèrement augmentée de volume. Mais en avant existe une surface au niveau de laquelle la paroi est irrégulière avec des saillies multiples recouvertes de pus ; cette masse n'est pas énucléable.

S'agit-il d'un fibrome suppuré ou de fragments placentaires retenus ? L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de fibrome (M. Pettit) ou de fibro-sarcome (Ferrand).

Le diagnostic de fibrome interstitiel était difficile à poser. Je pensais plutôt à une tumeur péri-utérine, salpingite suppurée se vidant dans la cavité utérine. De plus, les pièces en main, il était encore difficile de dire s'il s'agissait de rétention placentaire ou de fibrome suppuré. Il est vrai que la consistance devait faire penser plutôt au fibrome chez une femme peu âgée, mais qui n'avait eu aucun trouble utérin jusqu'ici.

M. Routier. — Les cas de suppuration intra-utérine très abondante se rencontrent souvent dans les cas de fibromes peu volumineux en voie d'énucléation. J'ai vu un cas à peu près semblable, moins la grossesse ; il s'écoulait de l'utérus une grande quantité de pus, je fis alors la dilatation et j'introduisis le doigt dans la cavité utérine. Cette exploration fut assez difficile à cause d'une obésité très accusée ; je suis cependant arrivé à sentir une petite saillie que je pus énucléer et la suppuration disparut.

M. Mauclaire. — Dans mon cas il m'aurait été impossible d'énucléer le fibrome, comme on peut le constater par l'examen de la pièce.

M. Rudaux. — **Grossesse dans un utérus didelphe. Femme atteinte de rougeole. Mort.**

Règles survenues à 14 ans et régulières. Enceinte pour la première fois, elle est à terme. Eruption sur la face et la poitrine, pouls rapide, température 40°. L'utérus, incliné légèrement vers la droite, s'élève à 35 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Enfant mort.

Basiotripsie : fœtus à peine macéré, pèse 2.600 grammes sans la matière cérébrale.

Immédiatement après la sortie du fœtus, nous appliquons la main sur le ventre et nous sommes frappés par la présence, à côté de la masse utérine qui renfermait l'enfant, d'une autre masse moins volumineuse, régulière, à grand axe dirigé de haut en bas et de gauche à droite, et séparée de la première par une encoche profonde. Il y avait deux vagins, ce qu'on n'avait pas pu sentir lors de l'intervention, parce que la cloison de séparation était refoulée contre le vagin gauche par la tête fœtale engagée. En pénétrant dans le conduit vaginal gauche, on arrivait très nettement sur un col utérin légèrement entr'ouvert, ce col se continuait avec l'utérus gauche dont le développement atteignait les dimensions d'un utérus gravide de deux mois et demi à trois mois.

Après la délivrance on soumet la femme à une irrigation continue pendant 4 heures, et on lui injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 40 centimètres cubes de sérum de Marmorek et 500 grammes de sérum de Hayem. Le lendemain, l'état général est satisfaisant, la température du matin est de 37°.

A 2 heures de l'après-midi, l'agitation apparait, la température remonte à 39°, aussi une nouvelle irrigation continue est-elle jugée nécessaire. A partir de 8 heures du soir l'état s'aggrave. Mort à 2 heures du matin.

A l'autopsie, on note un cœur gras, à parois épaisses, renfermant de gros caillots noirâtres ; un foie de volume et de consistance normaux, de couleur jaunâtre ; des reins congestionnés se décortiquant facilement ; une rate un peu grosse, dure ; des poumons légèrement congestionnés avec, à gauche, quelques adhérences pleurales.

La cavité péritonéale est saine, on voit deux utérus, dont l'un, le droit, est plus volumineux que le gauche. Eloignés par leurs fonds, ils se rapprochent au niveau de l'isthme, ils forment ainsi un V à sinus supérieur. Le péritoine forme une cloison verticale et antéro-postérieure qui semble séparer les deux utérus.

M. P. Rudaux. — Rétention d'urine chez un nouveau-né du sexe féminin. Compression de l'urèthre par une accumulation de mucus dans le vagin.

Fille de 3.500 grammes.

Le lendemain de la naissance, on n'avait encore constaté aucune trace d'urine dans les couches ; véritables spasmes semblant correspondre à des efforts de miction faits par l'enfant à différents moments de la journée. Chacune de ces crises s'accompagnait d'agitation et de gêne respiratoire, le facies s'altérait et devenait violacé.

A l'inspection je constate un très léger degré d'œdème sus-pubien et une certaine tension de toute la région hypogastrique ; au niveau des organes génitaux externes, j'aperçois une saillie grosse comme un pois, saillie qui fait hernie entre les petites lèvres et qui est constituée par l'hymen refoulé en avant. La consistance est molle, mais légèrement tendue ; en la saisissant entre un index placé à la partie supérieure de la vulve et l'autre index déprimant la région périnéale, je fais sortir par la pression du mucus épais, presque pulpeux. L'orifice hyménéal a des dimensions restreintes, il admettait à peine la tête d'une épingle. Je cathétérise cet orifice avec un gros crin de Florence plié en deux en me servant de l'anse du crin, je puis ainsi dilacérer le mucus contenu dans le vagin et en ramener une assez grande quantité au dehors en faisant un véritable écouvillonnage. L'hymen se détend peu à peu et la saillie fond sous les yeux, à mesure que le mucus est chassé au dehors par des pressions faites de bas en haut sur la région ano-périnéale.

Le vagin paraissait à peu près vidé, j'introduisis alors l'anse d'un autre crin de Florence dans le méat urinaire, d'où sortirent d'abord un peu de mucus et brusquement un flot d'urine foncée qui fut projetée à grande distance, prouvant ainsi qu'elle était retenue sous pression dans la vessie. A partir de ce moment, tout phénomène nerveux disparut, et pendant la nuit il y eut des mictions spontanées ; des compresses humides chaudes avaient été appliquées sur les régions sous-ombilicale et vulvaire.

Le lendemain matin, l'œdème sus-pubien n'existait plus, le ventre avait une consistance normale, et l'enfant se développa régulièrement.

Séance du 11 *juin* 1906.

Discussion sur la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortum. (*Suite*)

M. Champetier de Ribes. — Je veux appuyer l'opinion qu'a résumée Wallich en disant que la curette n'était pas un instrument destiné à faire la délivrance et qu'à n'importe quelle époque de la grossesse il faut se servir du ou des doigts. Dans tous les cas où j'ai à intervenir pour extraire un placenta retenu après avortement, c'est avec le doigt que j'explore la cavité utérine et que je détache le placenta. Ce n'est qu'après que j'introduis la curette pour

gratter, s'il y a lieu, et je fais une nouvelle exploration digitale, pour vérifier si la cavité utérine est bien vide. La curette employée seule ne donnera jamais une sécurité complète : l'exploration digitale permet seule d'affirmer qu'il ne reste plus aucun débris de l'œuf dans la cavité utérine.

On a objecté qu'on ne pouvait pas entrer facilement avec le doigt dans un utérus gravide de quelques semaines à deux mois. J'affirme que dans tous les cas on y peut pénétrer ; si on ne le peut pas immédiatement, il suffit de faire de la dilatation avec une tige de laminaire appliquée pendant douze heures ou, si l'intervention est urgente, avec les bougies de Hegar.

M. Pinard. — Je ne puis qu'approuver ce qu'a exposé Wallich, puisqu'il a répété ce que je dis et enseigne depuis de nombreuses années. Il y a longtemps que j'ai dit que la délivrance ne devait jamais être faite qu'avec le doigt.

Comme M. Champetier de Ribes je n'ai jamais rencontré de difficultés pour pénétrer dans un utérus gravide de moins de deux mois. Si les accidents d'hémorragie ou d'infection sont pressants et si la cavité utérine n'est pas suffisamment perméable, les bougies de Hégar permettent rapidement d'obtenir la dilatation nécessaire pour l'introduction du doigt.

Pour pratiquer la délivrance je ne connais qu'un instrument, quel que soit l'âge de la grossesse, c'est le doigt et je condamne l'usage de la curette.

M. Lepage. — Malgré ce que viennent de dire MM. Champetier de Ribes et Pinard, je ne puis partager tout à fait leur avis et proscrire complètement la curette dans la rétention placentaire qui suit l'avortement. J'admets avec eux qu'avec de la patience, du chloroforme, de la dilatation préalable on puisse toujours pénétrer dans un utérus ayant contenu un œuf de moins de deux mois. Cependant, si la rétention placentaire remonte à quelques semaines, il faut reconnaître que le doigt franchira difficilement l'orifice interne et éprouvera quelques difficultés, non pas seulement à pénétrer dans la cavité utérine, mais à y évoluer à l'aise pour gratter la paroi utérine. Il ne faut pas oublier que, dans les premières semaines, le placenta n'est pas localisé, qu'il ne constitue pas une masse sur laquelle le doigt puisse agir d'une manière nette et, qu'au contraire, la curette peut râcler plus facilement et plus complètement toute la surface interne de l'utérus. La curette pourra donc être utilisée en pareil cas, en ayant soin de contrôler ensuite avec le doigt s'il ne reste pas de débris sur les parois utérines : elle aura, dans certains cas, l'avantage de pouvoir être employée sans anesthésie.

M. Pinard. — M. Lepage vient de dire que, pour introduire le doigt dans les cas d'avortement de moins de deux mois, il faut donner du chloroforme tandis qu'avec la curette on peut opérer sans anesthésie ; s'il faut introduire le doigt après l'intervention, il faudra donner du chloroforme. Que devient alors l'avantage de la curette, puisqu'on a recours tout de même à l'anesthésie ?

M. Lepage. — Ce n'est pas la même chose d'introduire un ou deux doigts pour gratter toute la surface interne de l'utérus, ou bien d'introduire simplement le doigt dans la cavité utérine pour l'explorer et pour voir s'il ne reste pas de débris placentaires ; en d'autres termes, chez une femme qui est enceinte-

de moins de deux mois, surtout chez une primipare, je crois que, pour pratiquer avec le doigt la délivrance artificielle, il est souvent nécessaire de donner du chloroforme. On peut dans nombre de cas s'en dispenser en se servant d'abord de la curette, puis en introduisant le doigt comme moyen de contrôle.

M. Champetier de Ribes. — Je ne voudrais pas qu'il pût y avoir d'équivoque sur la manière dont je pratique la délivrance dans l'avortement quand je suis amené à intervenir. Voici comment je procède :

La malade est anesthésiée.

J'entre, avec un ou plusieurs doigts, dans la cavité utérine, que j'explore dans toutes ses parties, décollant de la paroi toutes les portions de l'œuf j'ai toujours pu entrer au moins un doigt dans l'utérus chez une femme qui avortait, quel que fût l'âge de la grossesse : le plus souvent sans dilatation préalable, dans les autres cas après une dilatation rapidement faite au moyen de bougies de Hegar ; quand l'utérus est bien fermé et que je ne puis pas passer, je fais une dilatation préalable avec des tiges de laminaires.

Donc un ou deux doigts introduits dans l'utérus décollent l'œuf, dont les débris sont enlevés avec les doigts ou la curette : le doigt vérifie s'il ne reste plus rien.

Ensuite, avec une large curette mousse, je râcle consciencieusement la muqueuse utérine, puis, avec de la gaze montée sur une pince et imbibée de teinture d'iode, je badigeonne la cavité utérine ; enfin, après avoir lavé celle-ci avec de l'eau bouillie, je fais un tamponnement peu serré avec la gaze iodoformée. Je fais donc systématiquement le curage digital, puis le curettage instrumental. Ce traitement donne de très bons résultats et une très grande sécurité , il échoue quand il est appliqué trop tard, ou il y a des lésions provoquées par des manœuvres criminelles.

M. Pinard. — La conduite qui est tenue à la clinique Baudelocque diffère de celle de notre collègue Champetier de Ribes. Lorsque, chez une femme ayant de la rétention placentaire post-abortum, apparaissent des accidents qui imposent l'évacuation utérine, on fait un curage digital. Si l'on éprouve de la difficulté pour pénétrer dans l'utérus, on introduit un petit ballon de Champetier de Ribes. Sous son influence, apparaissent des contractions qui décollent le placenta, aussi celui-ci suit-il ordinairement l'expulsion du ballon.

M. Oui (de Lille). — **Rétention prolongée de l'œuf mort.**

Femme de 34 ans, réglée à 17 ans : menstruation sans particularités.

A 20 ans, elle a eu une péritonite (?). D'après les renseignements qu'elle donne sur la marche de l'affection et sur le traitement employé, il s'agit vraisemblablement d'une appendicite qui a guéri sans intervention chirurgicale.

En 1896, accouchement à terme : fille vivante. En 1898, accouchement à terme : fille vivante. Délivrance artificielle pour hémorragie. En 1899, avortement d'environ six semaines. Rétention placentaire et accidents fébriles ayant nécessité un curettage.

En 1900, accouchement à terme : garçon qui est mort, à l'âge de six mois, d'une broncho-pneumonie après diphtérie. En 1902, avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire et fièvre. Curettage. En 1903, avortement à six semaines.

Depuis de longues années, Mme X... souffrait de fréquentes crises douloureuses,

assez vives, localisées dans la fosse iliaque droite et qui furent considérées comme des crises légères d'appendicite. Appendicectomie le 6 octobre 1904 : appendice libre, mais gros, renflé en massue et à parois épaisses.

Dernières règles le 1er janvier 1905. — Rien de particulier jusqu'au mois d'avril. Pendant ce mois et sans qu'elle puisse préciser la date, elle remarque un gonflement assez accentué des seins qui sécrètent un liquide incolore, peu abondant. Gonflement et sécrétion ne durent que quelques jours. Le premier examen, fait par le docteur Duquesnoy, au mois de juin, montre un utérus augmenté de volume, globuleux, dont le fond est notablement au-dessous de l'ombilic.

Des examens pratiqués ultérieurement montrent que le ventre diminue de volume et paraît plus aplati.

Le 15 *août*, pertes de sang légères, douleurs, col légèrement entr'ouvert. Le repos au lit pendant huit à dix jours et l'emploi de suppositoires à l'extrait thébaïque arrêtent ces menaces d'avortement.

Le 15 *septembre*, mêmes symptômes. Même traitement.

Le 29, je vois Mme X... avec le docteur Duquesnoy. Le palper montre une tumeur globuleuse, élastique, remontant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis et occupant la ligne médiane. Par le toucher, on trouve le col assez résistant occupant sa situation normale. Le palper bi-manuel fait constater que la tumeur est nettement formée par l'utérus en légère antéflexion. Les parois utérines sont plus résistantes qu'elles ne le sont habituellement pendant la gestation. Etat général manifestement bon. Pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées par la pression ; pas de pertes.

A partir du 15 *octobre*, pertes presque journalières de sang très peu coloré. Ces pertes ont été de temps en temps un peu odorantes. Jamais d'hyperthermie.

Le 2 *janvier* 1906, perte sanguine assez abondante. Douleurs assez vives pendant quelques heures. Le col s'entr'ouvre, puis les douleurs se calment. Les jours suivants, douleurs lombaires et expulsion de quelques débris, que le docteur Duquesnoy pense être des débris placentaires et qui sont de la grosseur d'une amande. Le col ne s'ouvre que très lentement. Enfin, *le* 10 *janvier*, expulsion d'un corps rougeâtre, du volume du poing, caillot dur, ovoïde, mesurant dans son grand axe 10 à 12 centimètres et reproduisant le moule de la cavité utérine. En coupant longitudinalement ce bloc fibrineux, on trouvait, à sa partie supérieure, une petite cavité limitée par une membrane grisâtre, lisse, résistante, parfaitement isolable et dont la nature ne pouvait faire aucun doute. C'était l'œuf, ne contenant plus ni embryon ni liquide amniotique. L'examen microscopique, fait par notre collègue et ami le professeur Curtis, a d'ailleurs permis de constater la présence de villosités choriales dans la masse fibrineuse.

Le 14, encore quelques douleurs, avec expulsion de petits débris. Suites apyrétiques.

Si on laisse de côté les cas dans lesquels la rétention de l'œuf mort a été due à une altération pathologique du col (cas de Menzies et Depaul, in Th. Villard, 1878) et les très nombreux cas où la rétention utérine est douteuse et où il s'agit vraisemblablement de grossesses ectopiques, il est très rare d'observer une rétention d'aussi longue durée.

La rétention de l'œuf mort dure, en effet, habituellement, de dix à vingt jours, et, dans son *Traité du palper abdominal*, le professeur Pinard cite, comme la plus longue qu'il ait observée, une rétention de 95 jours.

Les longues rétentions, dépassant l'époque qui aurait dû être le terme normal de la grossesse, sont exceptionnelles. Il faut remarquer, en outre, qu'elles se produisent surtout dans les cas où le fœtus a succombé dans les premiers mois de la grossesse.

Parmi les cas les plus remarquables de ces rétentions très prolongées, on peut citer ceux de :

Ansiaux (In Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 404-405):

Fœtus mort à 4 mois, expulsé à terme; Mac-Clintock (In TARNIER et BUDIN, *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 499) : Dernières règles en juin, expulsion en mars d'un embryon offrant un développement de 2 millimètres et demi ; Holst (In SCHRŒDER, *Manuel d'accouchements*. Trad. Charpentier) : Fœtus mort à 4 mois, expulsé 24 semaines après le terme de la grossesse ; Mac-Mahon (*Medico-chir. Review*, janvier 1870) : Fœtus mort à 4 mois, explusé 18 mois plus tard; Olshausen (*Berlin. klin. Woch.*, 1871, n° 1) : Fœtus mort à 3 mois, expulsé momifié après 8 mois et demi de rétention; Madge (*Brit. med. Journal*): Fœtus mort à 4 mois, expulsé 11 mois après les dernières règles ; Liebmann, 1871 (Herrgott, *Revue méd. de l'Est*, t. III, n° 9) : Dernières règles le 12 avril 1872, mort du fœtus vers le 5e mois. Expulsion de l'œuf (fœtus momifié) le 5 avril 1873.

Dans le cas actuel, la rétention aurait duré 9 mois après la mort du fœtus, ne prenant fin qu'un an après les dernières règles.

Un autre fait intéressant, c'est que les hémorragies qui ont amené la mort du fœtus et entouré l'œuf d'un véritable bloc fibrineux ne se sont traduites, extérieurement, par aucun écoulement.

La cause la plus probable de la mort paraît être l'endométrite.

Je ne dirai qu'un mot de la conduite tenue. L'abstention est presque unanimement conseillée. Je sais trop combien la prolongation démesurée de la rétention de l'œuf mort inquiète l'intéressée et son entourage, pour ne pas comprendre les tentations que l'accoucheur peut avoir d'évacuer l'utérus, mais, si longue que soit la rétention, l'expectation doit, à mon avis, rester la règle absolue, tant que, l'œuf n'étant pas ouvert, il ne survient aucun accident.

M. OUI (de Lille). — **Appendicite parasitaire. Avortement. Appendicectomie à froid. Guérison.**

Femme de 22 ans, première grossesse menée à terme en 1902. L'enfant est actuellement bien portant. Après sa grossesse, elle aurait, à cause de douleurs dans le bas-ventre, fait un séjour à l'hôpital, où, dit-elle, elle aurait été soignée pour salpingite. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle aurait continué à souffrir du ventre, par intervalles, les douleurs étant *toujours* localisées à droite. Dernières règles du 6 au 13 décembre 1903. Depuis ce moment la malade eut quelques rares vomissements et souffrit moins du ventre.

Du 20 au 27 *mars*, douleurs abdominales, surtout à droite. Constipation opiniâtre.

Le 27 mars, perte de sang, douleurs intermittentes.

Le 28, les douleurs et les pertes sanguines continuant, elle entrait à l'hôpital et expulsait, à 8 heures du soir, un fœtus d'environ 3 mois et demi; le 29, à 5 heures et demie du matin, le placenta était expulsé à son tour.

La température reste toute la journée à 37°. La malade continuant à se plaindre du ventre et n'ayant pas été à la selle depuis cinq jours, on lui donne, le 30 au matin, un lavement qui amène deux selles abondantes.

A la visite du matin on constate, en palpant le ventre, que toute la fosse iliaque droite est douloureuse. A ce niveau la palpation détermine une défense si énergique de la paroi abdominale, qu'on serait tenté de croire à l'existence d'un plastron inflammatoire. T., 37°,2. P., 90. Le fond de l'utérus, senti au-dessus du pubis, est parfaitement indolore. Les lochies sont normales et ne présentent aucune fétidité. T. s., 38°. P. s., 100. L'état général est satisfaisant. Le ventre est souple, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on note toujours une forte défense de la paroi.

Glace sur le ventre, 5 centigrammes d'extrait thébaïque. Eau et lait en petite quantité.

Le 31, T. m., 37°,5. T. s., 37°. P., 90; la défense de la paroi abdominale a sensiblement diminué.

Le 1er *avril*, la température est à 37° matin et soir, la malade ne souffre plus, la défense de la paroi abdominale a presque complètement cessé.

Le 2, T., 36°,5. P., 80; plus de douleurs, aucune défense de la paroi. Suppression de la glace et de l'opium et retour à une alimentation légère.

A partir de ce moment, calme parfait; la température oscille entre 36°,7 et 37°, le ventre reste absolument souple et indolore.

Convaincu que je venais d'assister à une crise d'appendicite légère qui, fort probablement, n'était pas la première, je proposai à cette femme une intervention, qui fut acceptée et que je pratiquai trois semaines après la crise. Au cours de l'opération, je puis attirer dans la plaie et examiner la trompe et l'ovaire droits, qui sont absolument sains.

Suites opératoires normales, sauf un petit hématome de la paroi qui s'est résorbé spontanément.

Examen de l'appendice. — L'appendice est rouge, tuméfié, turgescent. En l'ouvrant parallèlement à son grand axe, on y constate la présence de deux *trichocéphales*, dont l'extrémité effilée est pronfondément implantée dans la muqueuse. A la surface de cette muqueuse, on remarque de petits amas brunâtres, formés d'œufs de trichocéphales.

Les follicules ont perdu la netteté de leurs limites. Ils sont confondus, à leur périphérie, avec un tissu infiltré de cellules lymphoïdes, ce qui rend impossible la délimitation du follicule et du tissu cellulaire voisin. Il existe, au niveau d'un follicule, une ulcération peu développée en surface, qui, dans certaines coupes, arrive presque au contact du tissu conjonctif sous-muqueux.

La couche celluleuse est surtout atteinte d'infiltration œdémateuse. Peu accusée dans les régions juxta-musculeuse et juxta-muqueuse, cette infiltration est beaucoup plus développée dans la partie moyenne de cette tunique. En cet endroit, l'exsudat dissocie et écarte les fibres conjonctives, qui sont parfois séparées à tel point les unes des autres qu'elles limitent de grandes cavités remplies d'un exsudat fibrineux finement réticulé et pauvre en cellules. Les lymphatiques de la sous-muqueuse sont, en général, très ectasiés

Il y a également, dans la sous-muqueuse, des infiltrations leucocytaires, peu développées en général et très rapprochées des follicules lymphatiques. Enfin la séreuse est, par places, le siège d'hémorragies.

Il s'agissait donc d'une appendicite folliculaire avec ulcération de la muqueuse et infiltration du tissu conjonctif sous-muqueux. L'action des vers intestinaux comme agents de l'appendicite a donné lieu, depuis les travaux de Metchnikoff, à des discussions nombreuses. Cette action nous semble devoir être considérée comme réelle dans le cas que nous venons de rapporter.

Les médecins ont une tendance excessive à rattacher à l'infection puerpérale toute manifestation fébrile survenant au cours des suites de couches, surtout lorsqu'il existe en même temps des symptômes abdominaux. Ici, il était presque impossible de ne pas songer à une attaque légère d'appendicite devant la localisation très nette de la douleur à droite et la défense de la paroi à ce niveau, ce diagnostic était d'autant plus probable que les douleurs étaient apparues plusieurs jours avant l'avortement et que, d'autre part, l'examen ne décelait rien d'anormal du côté des organes génitaux. Le séjour fait à l'hôpital dix-huit mois auparavant pour salpingite nous parut même pouvoir être attribué à une appendicite que nous voyions se réveiller au cours de l'état puerpéral.

Le diagnostic d'appendicite étant posé, nous n'avons pas cru toutefois devoir opérer immédiatement. En effet, si l'opération immédiate est indiquée

de l'avis général au cours de la grossesse, parce que tout retardentraine, en cas de rechute, à une opération que le développement progressif de l'utérus rend de plus en plus difficile, il n'en est pas de même, à notre avis, pendant les suites de couches. Bien que l'appendicite paraisse avoir, pendant les suites de couches, une gravité plus grande qu'en dehors de l'état puerpéral, il nous semble qu'on peut alors temporiser lorsque, manifestement, on se trouve en face d'un cas léger et qu'il vaux mieux attendre en surveillant la malade de façon à pratiquer, le moment venu, une appendicectomie à froid.

Mais ce n'est là qu'un cas particulier, et nous n'aurions certainement pas hésité à intervenir plus tôt si les symptômes n'avaient été particulièrement bénins.

Depuis l'opération, la malade n'a plus jamais souffert du ventre. Cette constatation a quelque importance, puisqu'on a prétendu que les vers intestinaux sont incapables de produire l'appendicite, puisque, aussi, les lésions présentées par cet appendice étaient purement microscopiques et qu'on pouvait se demander si l'appendicectomie était justifiée. La question est résolue par ce fait que, depuis l'intervention, la malade a été complètement débarrassée des crises douloureuses dont elle souffrait depuis deux ans.

MM. Bouffe de Saint-Blaise et Couvelaire. — **Grossesse dans un utérus didelphe. Expulsion d'une caduque de l'un des utérus et continuation de la grossesse dans l'autre utérus** (1).

M. Le Lorier. — **Monstre double ectopage.**

La mère de ce monstre est issue de père et mère actuellement bien portants ; elle a 3 frères et 3 sœurs bien portants, non mariés. Elle n'a eu qu'une rougeole dans l'enfance. Elle a accouché une première fois en 1902, spontanément et à terme, d'un enfant qui mourut à 28 mois de la rougeole, après avoir été élevé au biberon. L'auteur de la seconde grossesse n'est pas le même que celui de la première, il est bien portant.

Abdomen distendu par un utérus de 37 centimètres de hauteur.

Au palper, trois pôles fœtaux, un siège en bas et une tête dans chaque hypocondre ; on ne trouve qu'un seul foyer d'auscultation peu distinct, un peu à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic.

Au cours de la période d'expulsion, on constate la présence de 4 pieds qui s'engagent. M. Le Lorier fait donner du chloroforme, il cherche à extraire le plus gros des deux enfants et à refouler les membres inférieurs du petit dans l'utérus. Cette manœuvre échoue complètement et chaque traction effectuée sur le gros fœtus attire le petit.

M. Le Lorier pense alors à l'existence possible d'une fusion entre ces deux fœtus et pratique le toucher manuel. Il reconnait que les deux fœtus sont placés l'un à l'extrémité antérieure du diamètre oblique droit, l'autre à l'extrémité postérieure de ce même diamètre. En remontant de plus en plus haut, il arrive sur un pont très net réunissant les deux fœtus à partir de la base du thorax et paraissant s'étendre jusqu'à une hauteur assez grande. Plus haut, on trouve deux cous et deux têtes, il s'agit donc d'un monstre double.

M. Ribemont-Dessaignes fait les mêmes constatations. Des tractions alternatives sont faites sur l'un et l'autre fœtus, mais elles permettent seulement de les abaisser jusqu'un peu au-dessus de leur ombilic unique, au-dessus duquel on aperçoit nettement le pont

(1) Observation publiée *in extenso* dans les *Annales*, juillet 1906.

de réunion. A ce moment les deux têtes restent calées au-dessus du détroit supérieur et après avoir abaissé les deux bras antérieurs, constaté l'absence de bras postérieurs, l'inutilité et même le danger de toute traction nouvelle, il se décide à regret à sectionner l'un des embryons. Il peut très aisément placer le crochet de son embryotome sur le cou du fœtus gauche postérieur et le scier obliquement de l'épaule droite à la base gauche du thorax. L'extraction se termine alors de la façon la plus simple, la masse la plus volumineuse la première et le reste, tête et bras attenant, en dernier lieu.

Particularités anatomiques du monstre :

1° *Squelette.*— Paroi thoracique fusionnée latéralement, deux sternums et deux colonnes vertébrales distincts, absence pour chaque fœtus du membre supérieur situé en arrière.

2° *Appareil respiratoire.* — Deux poumons distincts pour chaque fœtus, toutefois le poumon postérieur est très ratatiné et beaucoup plus petit que l'antérieur.

3° *Appareil circulatoire.* — Un cœur unique avec une oreillette droite énorme, quatre cavités bien distinctes ; la section opératoire du fœtus gauche a empêché de faire l'injection des vaisseaux artériels et veineux.

4° *Appareil digestif.* — Deux œsophages, deux estomacs. Intestins grêles largement anastomosés latéralement. Deux cæcums distincts. Une seule masse hépatique.

5° Deux appareils urinaires distincts.

6° La cloison diaphragmatique était complète et unique.

7° Deux appareils génitaux femelles distincts et complets.

D'une façon générale, le fœtus gauche est beaucoup plus petit que le droit.

M. Le Lorier. — **Fœtus achondroplasique.**

Fille de 3.250 grammes. Le placenta pèse 410 grammes.

Au point de vue des *antécédents*, la mère ne présente aucun stigmate de rachitisme, elle est bien proportionnée. Son père est mort tuberculeux à 56 ans, sa mère est bien portante. Elle a 5 frères et sœurs en bonne santé et n'en a perdu aucun.

Elle-même ne sait pas à quel âge elle a marché, elle a toujours bien marché ; elle a eu la rougeole à 8 ans et a été réglée à 14 ans régulièrement.

Elle a eu deux accouchements antérieurs : l'un en 1901, à terme, garçon actuellement vivant extrait au forceps ; l'autre en 1903, spontané, à terme, d'un garçon mort de broncho pneumonie à 22 mois.

Le père est le même pour les 3 enfants, il est bien portant.

M. Rudaux. — **Fœtus achondroplasique.**

Six grossesses antérieures terminées à terme ; enfants normalement développés. La septième grossesse est du même père que les précédentes. Accouchement prématuré à 7 mois. Le fœtus du sexe féminin pesait 1.920 grammes. Cet enfant était un beau type d'achondroplasique, il mesurait 32 centimètres de long et les diamètres de la tête étaient les suivants : OM. 12,2, OF. 10,2, SGB. 8,5, BiP. 10, BiT. 8.

Le placenta pesait 520 grammes, c'est-à-dire près du quart du poids fœtal, et cependant nous n'avons pu trouver aucune cause pathologique chez la mère et chez le père.

Cet enfant mourut le lendemain de sa naissance : à l'autopsie nous n'avons rencontré rien d'anormal dans les viscères.

REVUE ANALYTIQUE

RÉSULTATS DÉFINITIFS DE L'OVARIOTOMIE

Sur les résultats éloignés de l'ovariotomie (Ueber die Dauererfolge der Ovariotomie). DESIDERUIS V. VELITZ, *Arch. f. Gyn.*, 1906,. Bd. LXXIX, Bd. III, p. 523.

« *Les observations que j'ai pu faire, écrit l'auteur, durant* 15 *ans, dans le cadre étroit de ma clinique, sur les tumeurs de l'ovaire portent sur un ensemble de faits, en apparence médiocre, si on le compare aux chiffres énormes des statistiques actuellement utilisées; mais comme, dès le principe, j'ai eu le plus grand souci de fortifier l'importance de mes observations cliniques par d'exactes recherches histologiques, je crois, cependant, avec cet ensemble bien que modéré de documents, apporter, sous des points de vue multiples, une contribution utile à la solution de la question de l'ovariotomie.* »

Les observations qui servent de documentation à cette intéressante monographie ont été réunies de 1891 à la fin de l'année 1905 : sur 1.505 malades qui se présentèrent à la clinique, il y eut 149 tumeurs ovariques, soit 9,9 p. 100; 120 femmes furent opérées : *a*) opération radicale, 116; *b*) laparotomie exploratrice, 4; *inopérabilité*, 3,33 p. 100. Age le plus jeune, 12 ans; le plus avancé, 69 ans. *Point de départ de la tumeur* : 36 fois à droite, 58 fois à gauche. Sur 118 cas précis, 94 fois, néoplasme *unilatéral*, 24 fois *bilatéral*. Des tumeurs bilatérales, 45,8 p. 100 étaient des tumeurs malignes ou douteuses. Si l'on fait abstraction des kystes tubo-ovariques, et si, au point de vue de la bilatéralité, il n'est tenu compte que des néoplasmes de même espèce des deux ovaires, on ne trouve plus pour 111 cas que 19 tumeurs bilatérales, soit 17,11 p. 100. En tenant compte des tumeurs bilatérales, il fut extirpé 138 tumeurs, dont 40, soit 28,98 p. 100 à siège *intraligamentaire* et 21 complètement *sous-séreuses*. Abstraction faite des tumeurs tubo-ovariques, on trouva, sur 113 cas, 26 tumeurs sous-séreuses, soit 23 p. 100.

Sous le rapport de la fréquence, on trouve, tumeurs sous-séreuses :

Sur	8 kystes tubo-ovariques	8 =	100	p. 100
—	16 — para-ovariques	15 =	93,75	—
—	71 kystes (ordinaires)	14 =	19,59	—
—	19 cancers.	2 =	10,52	—
—	13 embryomes	1 =	7,69	—
—	11 sarcomes	0 =	0,00	—

Torsion du pédicule dans 25 cas, soit 21, 55 p. 100.

Au point de vue *histologique*, les 120 tumeurs ovariques se groupent ainsi :

Kyste tubo-ovarique	3	=	2,5 p. 100
— para-ovarique	15	=	12,5 —
— folliculaire (kyste séreux simple)	3	=	2,5 —
— pseudo-muqueux	61	=	50,83 —
— papillaire séreux-cilié	1	=	0,83 —
— dermoïde	10	=	8,33 —
Tératomes	1	=	0,83 —
Sarcomes	9	=	7,50 —
Cancers	17	=	14,16 —

Sur 92, soit 76,66 p. 100, tumeurs bénignes, on compta 10 fois, soit 10,97 p. 100, des *tumeurs bilatérales de même espèce*; et sur 28, soit 23,33 p. 100, tumeurs malignes et douteuses, on compta encore 10 fois, soit 35,71 p. 100, des tumeurs bilatérales et de même espèce.

Guérison définitive. — « Il est, écrit v. Velitz, difficile de la subordonner à un délai précis, parce qu'il s'agit de tumeurs d'importance clinique et de structures différentes, etc. » ; les statistiques comparatives, d'après le rapport de Pfannenstiel (congrès de Kiel), démontrent « qu'en général il faut être d'autant plus circonspect, sous le rapport du pronostic, que le processus néoplasique est plus bénin et plus lent ». « Abstraction faite des kystes pseudo-muqueux presque absolument de nature bénigne, il est par exemple impossible pour les adénomes papillaires de fixer une date quelconque comme limite minima de la guérison opératoire, parce qu'on observe trop de « *récidives tardives* ». *Par contre, les néoplasmes malins montrent, sous ce rapport, des analogies assez grandes, pour qu'il soit possible de fixer une observation de deux années comme un délai suffisant à l'espoir d'une guérison définitive; délai qui pour les cancers papillaires devrait être porté à quatre années.* »

1° Estimation de la guérison définitive sur contrôle de deux ans.

Des 120 cas, 70 seulement peuvent être utilisés à ce point de vue. Or, de ces 70 cas utilisés, restent guéris, après 2 ans, 60, soit 85,61 p. 100; ont récidivé, 10, soit 14,29 p. 100.

Toutes les récidives correspondent aux cas *anatomiquement* malins, qui étaient au nombre de 16, dont guérison persistante, 6, soit 37,5 p. 100; récidive, 10, soit 65,5 p. 100.

de 8 carcinomes (1)	guérison	1 = 12,5	p. 100,	récidive pendant la	1re année,	4
—	—	—		—	2e —	3
de 1 tératome	—	0 = 0,0	p. 100	—	2e —	1
de 7 sarcomes	—	5 = 71,42	—	*morts*, 2 et les deux environ		

7 mois *post operat.*, *subitement*, sans qu'on ait pu préciser la cause de la

(1) Il est noté que le *seul cas* de cancer *resté guéri* correspond à une *ovariotomie unilatérale* : dans les 7 cas récidivés, on avait fait la castration bilatérale, et 5 fois on avait trouvé les deux ovaires cancéreux.

mort ; en conséquence, la *récidive* dans ces deux cas est seulement *hypothétique*.

Le nombre des tumeurs de bonne nature fut de 54 avec guérison persistante 100 p. 100 : kyste tubo-ovarique, 2 ; kyste parovarique, 4 ; kyste pseudo-muqueux séreux simple, 40 ; kyste dermoïde, 8 ; ovariotomie unilatérale. 32 ; bilatérale, 22.

2° ESTIMATION DE LA GUÉRISON DÉFINITIVE SUR CONTRÔLE DE 5 ANS.

Des 120 cas, 38 seulement sont utilisables, soit 64,41 p. 100 ; de ces 38 cas utilisables, restaient *guéris*, après 5 ans, 29, soit 76,31 p. 100 ; avaient récidivé 8, soit 21,05 p. 100 ; une tumeur maligne s'était développée dans l'ovaire laissé *in situ* 1 fois, soit 2,63 p. 100.

Sur 10 tumeurs *malignes*, 8 récidives, soit 80 p. 100 ; de 6 carcinomes, 4 guérisons, soit 16,66 p. 100 ; récidives 5, soit 83,33 p. 100 ; de 4 sarcomes, guérison 1, soit 25 p. 100 ; mort, 3, soit 75 p. 100.

Pour les tumeurs *bénignes*, guérison après 5 ans, 100 p. 100. A la fin des 5 années, 27 opérées restaient guéries : kystes tubo-ovariques, 2 ; kystes parovariques, 2 ; kystes, 20 ; dermoïdes, 3 ; ovariotomie unilatérale, 20 ; bilatérale, 7.

*
* *

Le résumé de ce travail, dans lequel l'auteur décrit ensuite par le détail les particularités cliniques et histologiques se rapportant à chaque groupe de cas, et discute entre temps les travaux similaires les plus importants (Pfannenstiel, Hofmeier, Lippert, Tauffer, Olshausen, A. Martin, Jetter, Gottschalk, Kretschmar, Meyer, Glockner, Polano, Eversmann, Walthard, etc.), est le suivant :

« Entre les communications sur l'ovariotomie faites au Congrès de Kiel (1905), des divergences se sont montrées particulièrement accusées au sujet des procédés proposés avec le but d'améliorer les résultats éloignés des opérations. »

Tandis qu'Hofmeier réclama de maintenir dans les limites les plus étroites la mesure de l'*extirpation prophylactique de l'ovaire sain* que j'avais conseillée, il y a 16 ans, avec l'intention d'améliorer les résultats de l'ovariotomie, au contraire, Pfannenstiel non seulement accepta entièrement ma proposition, mais il s'employa à soutenir ce procédé prophylactique dont il avait ultérieurement étendu les indications. Le radicalisme, poussé encore plus loin, impliquant l'extirpation simultanée de l'utérus, et dans les limites tracées par Hofmeier, n'exercera aucune influence, autant du moins qu'il s'agira de tumeurs sûrement malignes, sur l'effet curatif sous le rapport des résultats éloignés, parce que, d'après les connaissances les plus récentes, beaucoup de cancers bilatéraux, peut-être aussi nombre de variétés de sarcomes bilatéraux, sont des métastases de cancers d'organes éloignés ; parce qu'encore, dans les cas de cancers primaires bilatéraux, les malades viennent à l'opération avec un péritoine déjà atteint.

D'après mon expérience, particulièrement quand il s'agit de cancer, aussi

quand on a affaire à d'autres tumeurs malignes de l'ovaire, l'action chirurgicale ne peut plus influer sur le moment, plus ou moins tardif, où s'effectue la récidive, quand, à l'opération, on trouve ces tumeurs en contact avec le péritoine, soit immédiatement (ruptures de kystes, prolifération à la surface), soit médiatement (adhérences).

Le *mode spécial d'extension du cancer de l'ovaire* explique ce fait d'observation bien connu, que les récidives qui surviennent dans l'immense majorité des cas tenus pour radicalement opérés, tuent le plus grand nombre des malades déjà dans la première année, au plus tard, et presque sans exception au cours de la deuxième.

Le cancer de l'ovaire menace avant tout le péritoine, le moment de l'inoculation ne peut être précisé. Il peut être précipité par la prolifération centrifuge des éléments cancéreux, avec effraction des parois de la tumeur, par exemple, dans le cancer papillaire par contact immédiat de la tumeur avec le péritoine (enclavement dans le Douglas ; rupture du kyste par torsion du pédicule ; adhérences inflammatoires en surface qui constituent la pire complication, le cancer évoluant librement dans les lymphatiques des adhérences).

Toutefois, les autopsies établissent que la diffusion du cancer par les voies lymphatiques ne joue qu'un rôle secondaire (Riechelman trouva, à l'autopsie, dans 14 cas de cancer de l'ovaire, 13 fois des métastases, dont 10 fois, au péritoine et 3 fois seulement aux ganglions lymphatiques).

De même les résultats, d'après les observations cliniques, en se plaçant bien entendu dans les conditions indiquées plus haut, qu'on opère radicalement ou non, sont aussi défavorables, parce que la malade est tuée par les effets délétères des inoculations péritonéales bien longtemps avant que le cancer se soit propagé par voies lymphatiques, soit à l'ovaire laissé *in situ*, soit à l'utérus, au ligament large, ou bien à des organes éloignés.

Bien qu'aujourd'hui les chances d'ovariotomie itérative ne soient pas plus défavorables, le conservatisme enthousiaste actuel vis-à-vis de l'ovaire sain fondé sur ce mode de diffusion du cancer ovarique peut cependant s'expier, d'autant plus que même un examen histologique minutieux peut ne pas donner une indication claire sur la structure histologique de la tumeur primitivement enlevée.

Il reste établi qu'on ne saurait espérer, même dans l'avenir, une amélioration des résultats fort tristes des opérations pour cancers de l'ovaire, que d'interventions précoces.

Tandis que le résultat curatif absolu, définitif, de mes interventions contre le cancer ovarique atteint seulement 12,5 p. 100, ce même résultat est parfait, pour les autres tumeurs kystiques de l'ovaire ; toutefois, en ce qui concerne les kystes pseudo-muqueux, il ne reste tel que pour les kystes à structure kystique pure. La variété rangée par Glockner parmi les tumeurs solides et dénommée par lui kyste pseudo-papillaire s'est manifestée à la manière d'un adénome malin, par l'apparition d'une récidive plus ou moins précoce, développée dans les adhérences étendues avec la paroi abdominale ou l'épiploon.

C'est en tout cas une particularité notable, que tous mes cas de cancer qui ont récidivé après l'opération correspondaient à une tumeur kystique, tandis que le seul cas opéré et resté indemne après 2 ans, et même 13 ans, correspondait à un cancer solide, auquel on avait appliqué l'ovariotomie simple, unilatérale.

D'après les idées en cours dans la littérature médicale, le pronostic des tumeurs solides, quand il faut opérer au milieu d'adhérences solides existant de tous côtés, serait encore plus sombre que celui des cancers kystiques.

De mon expérience personnelle aussi bien que des notions courantes, il semble que le cancer solide vrai de l'ovaire se distingue, sous le rapport clinique, du cancer cystique (papillaire) par une malignité quelque peu plus faible. Cette espèce solide, vraie, se montrant de préférence chez les jeunes sujets, on peut, éventuellement, conserver l'autre ovaire, sain, en considération des suites fâcheuses d'une ménopause prématurée et surtout de l'aptitude à la fécondation, avec quelque chance que ce conservatisme ne soit pas ultérieurement puni par le développement d'un néoplasme dans cet ovaire laissé *in situ*.

Mais comme, d'après Pfannenstiel, dont l'opinion est confirmée par ma propre expérience, il existe, indiscutablement, une *disposition individuelle aux tumeurs*, il n'est aucune bonne raison de conserver l'ovaire sain, même au cas d'extirpation de tumeurs bénignes, dès que cet organe a accompli la fonction qui lui est dévolue. D'autant moins, d'ailleurs, qu'on a pu constater, maintes fois, plusieurs années après une ovariotomie pour tumeur bénigne, la présence, sur l'ovaire qui avait été conservé, d'une tumeur maligne et déjà inopérable.

« De l'écart important entre les chiffres de guérison après 2 ans (71,42 p. 100) et après 5 ans (25 p. 100) pour les *sarcomes*, il résulte qu'il ne faut pas se presser de conclure à une guérison définitive. D'autre part, de mon expérience comme de l'expérience générale, il paraît ressortir que les espèces dures, solides du sarcome sont plus susceptibles d'une guérison définitive.

« Puis, comme l'observation clinique a montré que les tumeurs sarcomateuses se rencontrent d'ordinaire chez des sujets jeunes et aussi qu'elles ont peu de tendance à la bilatéralité, on courra encore moins de risque, en conservant l'ovaire sain par considération de sa fonction génératrice, que dans les cas de cancer solide vrai. »

Les caractères particuliers à deux des tumeurs sarcomateuses qu'il a observées, ont paru à v. Velitz confirmer cette opinion de Pick qu'endothéliome et périthéliome (sarcome péri-vasculaire) peuvent produire des formes combinées, des types mixtes. En ce qui concerne la *struma colloides ovarii*, l'examen minutieux et critique des faits permettrait de la ranger, conformément à la théorie de plus en plus en vogue de Walthard, parmi les formations entodermiques, et de lui assigner une origine commune avec les embryomes (ce serait une espèce tératologique et non un produit de métastase). Également, sous le point de vue de l'histogenèse, le kyste pseudo-muqueux se classerait parmi les tératomes.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Sur un œuf humain très jeune *in situ* (Ueber ein sehr junges Menschliches Ei *in situ*). Professeur G. Léopold, 1906, Leipzig, S. Hirzel.

L'œuf dont l'étude fait l'objet de cette monographie est vraisemblablement plus jeune que celui sur lequel H. Peters fit ses recherches si remarquables et bien connues. Il fut trouvé, après inspection réitérée à la loupe, tant était minuscule le relief muqueux correspondant au point dans lequel il s'était enfoui, sur l'utérus d'une jeune femme qui s'était empoisonnée avec du phosphore. Sur cet œuf, le plus jeune sans doute qui ait été examiné, le professeur Léopold, dont les travaux antérieurs sur l'histologie de la muqueuse utérine, menstruelle, gravidique, restent classiques, a étudié : *a*) la proéminence muqueuse qui héberge l'œuf et la caduque vraie ; *b*) la nidification de l'œuf ; la capsulaire ; le couvercle fibrineux (champignon organisé de Peters) ; *c*) le dépôt et la couche ovulaires ; *d*) le trophoblaste et l'espace sanguin environnant ; la circulation intervilleuse ; *e*) le syncytium. Sans entrer dans le détail de cette étude très intéressante qu'il faut lire dans le texte, on peut dire que dans l'ensemble les constatations du professeur Léopold cadrent bien avec celles de Peters. « Sur l'œuf de Peters comme sur celui-ci, présence d'une caduque et infiltration séreuse de cette caduque ; là comme ici, l'œuf est dans une muqueuse gonflée, au voisinage d'un sillon muqueux. Dans les deux cas, l'œuf s'est fixé à la muqueuse en un point dépourvu d'épithélium, et a refoulé le tissu de la muqueuse. Dans les deux cas aussi, moins sur l'œuf de Peters que sur le mien, les tissus muqueux se sont rapprochés au-dessus de l'œuf, de façon à produire l'occlusion de la capsule ou de la chambre ovulaire. Dans les deux cas, sur le point culminant du relief muqueux, au niveau duquel l'œuf a pénétré, s'est fait, comme couvercle protecteur, un épanchement sanguin, en forme de champignon sur l'œuf de Peters, de chenille à grosse tête sur le mien. La dénomination *champignon organisé* (Gewebspilz) adopté par Peters ne convient pas à ma préparation. Aussi, paraît-il préférable d'employer la dénomination plus générale de *couvercle de fibrine* (Fibrindecke), couvercle de fibrine qui peu à peu s'organise, et finit par obturer solidement le « trou d'entrée » de l'œuf. Sur l'œuf de Léopold, il fut impossible de trouver vestige d'un rudiment embryonnaire. « A mon avis, dit Léopold, l'œuf parvenu dans la muqueuse utérine est situé, partiellement ou en totalité, pour un temps très court, dans un épanchement sanguin de la muqueuse. Comme ce raptus sanguin résulte du sang échappé de capillaires déchirés, il est dépourvu d'un revêtement endothélial *continu*, et ne présente d'épithélium qu'aux points où les capillaires déchirés s'abouchent

avec lui. L'œuf fécondé plonge plus ou moins, peut-être seulement pour quelques heures, dans un espace sanguin : il est donc, dès le principe, entouré par du sang maternel, dont il tire sa nourriture. » *Aucune glande ne s'ouvre dans cet espace sanguin.* Mais sur une des figures on aperçoit une dépression infundibuliforme qui pourrait induire en erreur et qui n'est autre chose que le vestige du fin canal de forage pratiqué par l'œuf à travers la couche superficielle de la muqueuse, et qu'obture de la fibrine plus ou moins organisée. Au début, l'œuf est donc comme suspendu dans un espace sanguin maternel ; puis, il émet des prolongements ectoblastiques (colonnes trophoblastiques et éléments syncytiaux) qui le fixeront à la paroi de la chambre ovulaire et assureront sa nutrition. Les colonnes ectodermiques villiformes, comme autant de tentacules, traversent l'espace sanguin, arrivent à la paroi déciduale où le syncytium sert de substance unissante ; de plus, le syncytium déchire les vaisseaux déciduaux et tapisse les espaces sanguins ouverts : *première ébauche des espaces sanguins intervilleux.* Pour Léopold, *le syncytium dérive sûrement de l'ectoblaste* ; pour s'en rendre compte, il *conviendrait de le suivre de l'œuf vers la périphérie;* jamais en examinant ainsi, on ne trouverait d'éléments intermédiaires entre lui et les autres éléments ectoblastiques.

De nombreuses planches permettent de suivre facilement, et pas à pas en quelque sorte, la discussion critique des aspects histologiques que Léopold a eu à interpréter.

R. L.

Recherches sur la structure de la trompe humaine pour la solution de la question des diverticules, etc. (Untersuchungen über den Bau der menschlichen Tube zur Klarung der Divertikelfrage, etc.) P. Krœmer, 1906, Leipzig, Hirzel.

L'auteur a emprunté à Born son procédé de *reconstitution par plaques de modelage* comme moyen d'étude et de représentation très démonstrative des anomalies tubaires, et en particulier des *diverticules* de cet organe, cause la plus commune, d'après lui, de grossesse tubaire et qu'il croit beaucoup plus fréquents qu'on ne l'admet, diverticules qui se rencontreraient même sur des oviductes à fonctionnement régulier, comme il a pu le constater sur une trompe d'aspect mascroscopique tout à fait normal, provenant d'une extirpation totale pratiquée par Pfannenstiel chez une multipare de 48 ans. Les planches très nombreuses, annexées à cette monographie curieuse, reproduisent fidèlement les modèles en cire des parties de la trompe reconstituées ainsi que toutes les dispositions anatomiques, sur la constatation desquelles Krœmer base sa manière de voir.

R. L.

Le Gérant : G Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE [1]

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME III

---

(1) Pour : *mémoires originaux, revues cliniques, revues générales, thérapeutiques gynécologiques, sociétés savantes, revues analytiques* (*sauf analyses isolées*), *consulter l'autre table.*

R

S

T

U

V

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME III

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

REVUES GÉNÉRALES

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

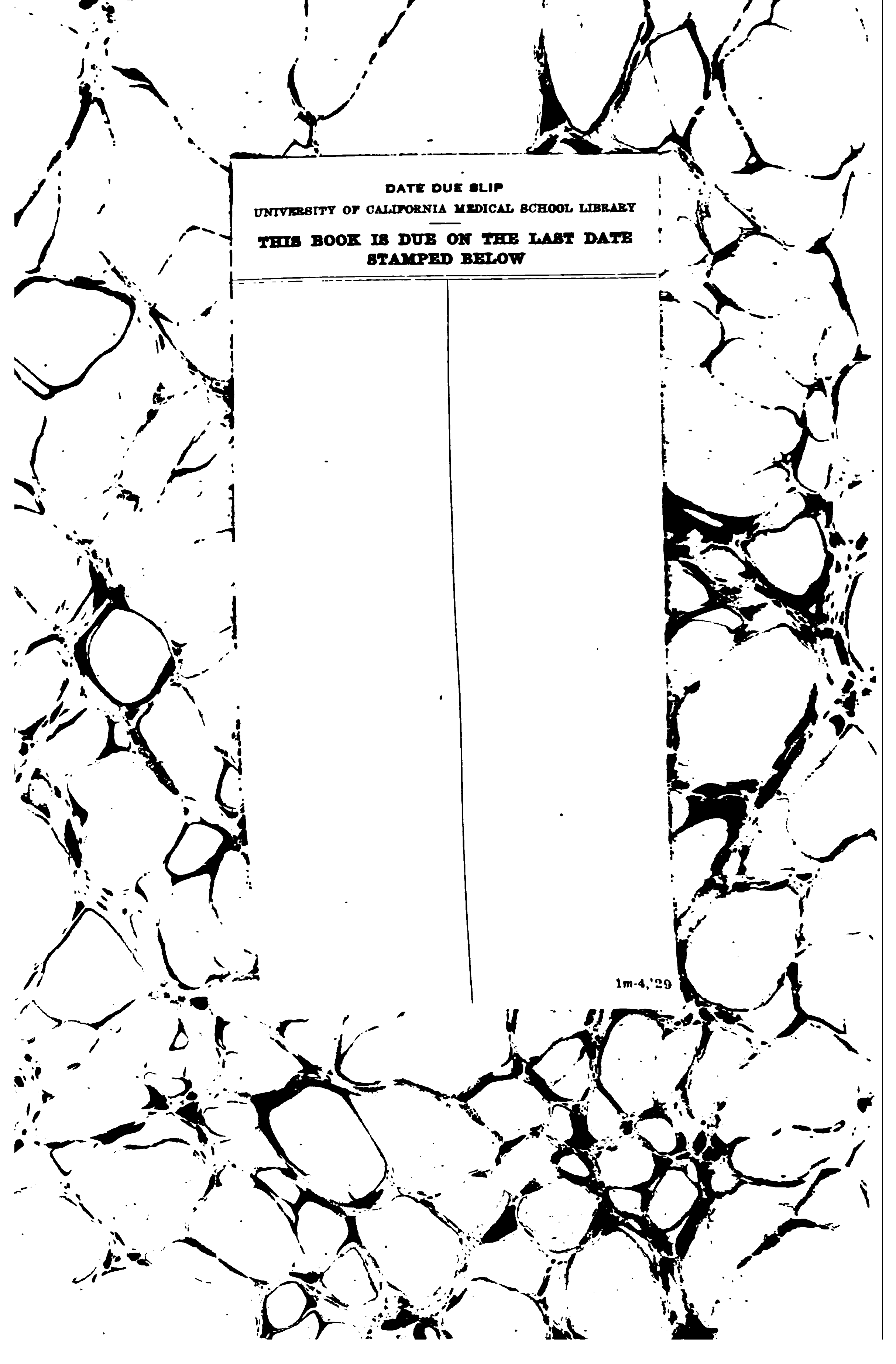
REVUES ANALYTIQUES

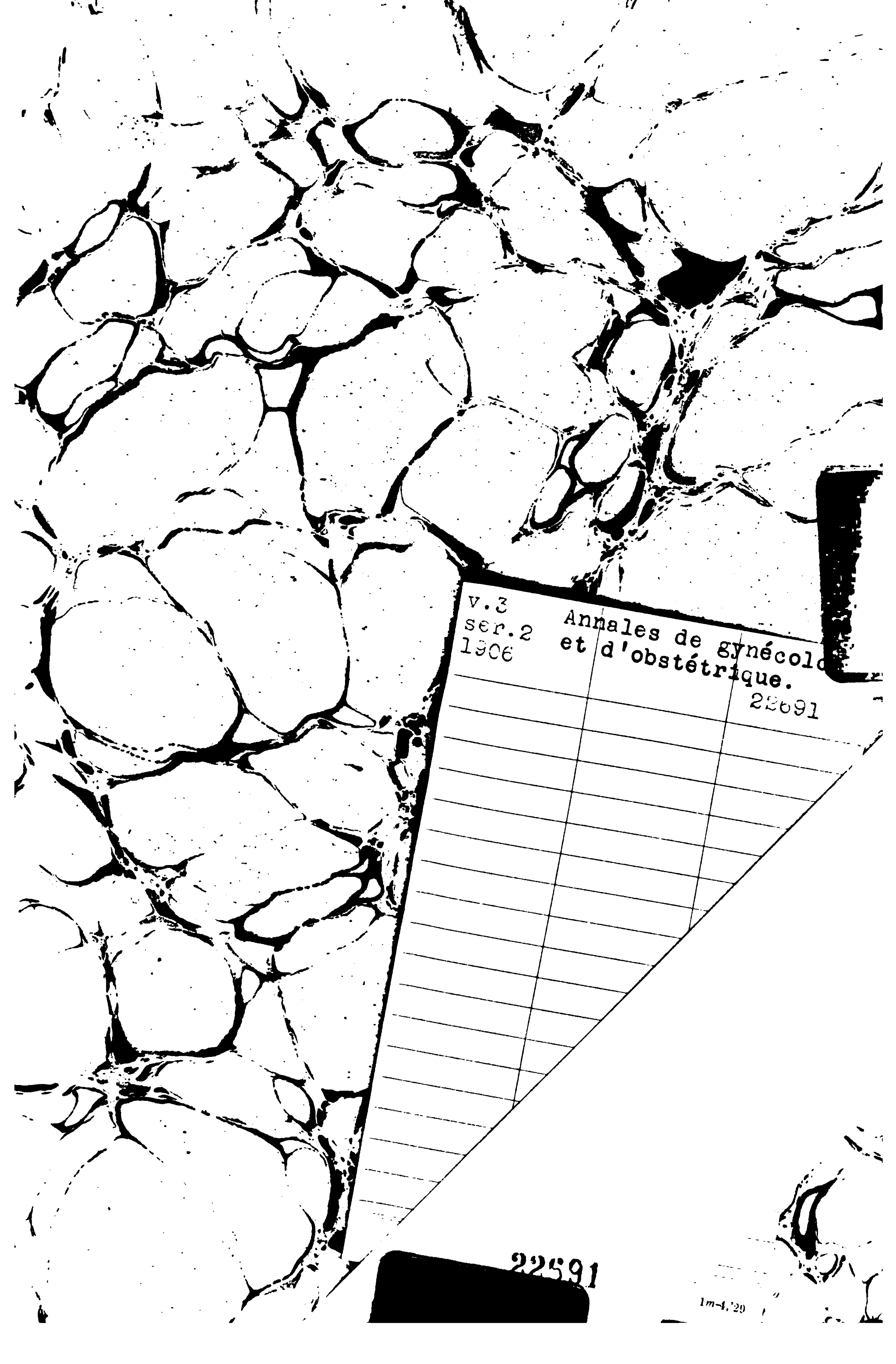
BIBLIOGRAPHIE

VARIA

NÉCROLOGIE

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.





v.3
ser.2
1906
Annales de gynécolo
et d'obstétrique.
22691
22591

